UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 N° 15

La Gangrène hystérique existe-t-elle ?

« Il faut croire aux faits dûment constatés
» et ne croire qu'à eux, sans se soucier des
» interprétations possibles, sans tenir compte
» des théories à la mode. »

A. PITRES.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 1910

PAR

Edouard-Joseph YVER

Né à Ploemeur (Morbihan), le 13 février 1885

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX : *(Mention très honorable 1910)*

Examinateurs de la Thèse

MM.	DUBREUILH	professeur.	*Président*
	ARNOZAN	professeur.	*Juges*
	MONGOUR	agrégé.....	
	PETGES	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT Aîné & C^ie^

8 — Rue Paul-Bert — 8

1910

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523714_0054

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 N° 15

La Gangrène hystérique existe-t-elle ?

« Il faut croire aux faits dûment constatés
» et ne croire qu'à eux, sans se soucier des
» interprétations possibles, sans tenir compte
» des théories à la mode. »

A. PITRES.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Décembre 1910

BIBL.

PAR

Edouard-Joseph YVER

Né à Ploemeur (Morbihan), le 13 février 1885

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX : *(Mention très honorable 1910)*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBREUILH	professeur.	*Président*
ARNOZAN	professeur.	*Juges*
MONGOUR	agrégé.....	*Juges*
PETGES	agrégé.....	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT Aîné & Cie

8 — Rue Paul-Bert — 8

1910

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES ..... Doyen

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, PICOT, LANELONGUE, VERGELY, LAYET, BADAL, Professeurs honoraires

	MM.
Clinique interne	ARNOZAN, PITRES
Clinique externe	DEMONS, VILLAR
Pathologie et thérapeutique générales	CASSAËT
Clinique d'accouchements	LEFOUR
Anatomie pathologique	COŸNE
Anatomie	GENTES
Anatomie générale et histologie	VIAULT
Physiologie	JOLYET
Hygiène	AUCHÉ
Médecine légale	L. LANDE
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ
Chimie	BLAREZ
Histoire naturelle	GUILLAUD
Pharmacie	DUPOUY

	MM.
Matière médicale	BEILLE
Médecine expérimentale	FERRÉ
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	DENUCÉ
Clinique gynécologique	CHAVANNAZ
Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Chimie biologique	DENIGÈS
Physique pharmaceutique	SIGALAS
Pathologie exotique	LE DANTEC
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... MM. MOURE
Clinique des maladies mentales ..... RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. VERGER, ABADIE, CRUCHET | MM. PETGES, CARLES

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe : MM. VENOT, GUYOT, ROCHER | Accouchements : MM. CHAMBRELENT, PERY

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie : MM. PRINCETEAU, CAVALIÉ, AUBARET | Physiologie ..... MM. GAUTRELET
Histoire naturelle MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH | Pharmacie ..... MM. BARTHE, LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Thérapeutique et Pharmacologie	MONGOUR
Médecine opératoire	BÉGOUIN
Accouchements	CHAMBRELENT
Physiologie	GAUTRELET
Ophtalmologie	N.
Clinique dentaire	CAVALIÉ
Anatomie et physiologie élémentaires (Etudiants en chirurgie dentaire et Elèves sages-femmes)	SELLIER

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je te dédie ce travail comme gage de mon inaltérable reconnaissance. Sois assurée que ton exemple me guidera toujours, que ton bonheur sera ma plus belle récompense.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Hommage affectueux.

A MON NEVEU ÉLIE BODEAU

A MES TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DE L'ARMÉE COLONIALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVALIER

MÉDECIN GÉNÉRAL DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOMBAUD

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE LA MARINE

(BREST-BORDEAUX)

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUDOU

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR HONORAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENIGÈS

PROFESSEUR DE CHIMIE BIOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Sentiments de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETGES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX

Remerciements.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maitre,

Vous m'avez toujours, avec une bonté que je n'oublierai jamais, aidé de vos conseils et de vos encouragements.

Aujourd'hui que vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous demande de recevoir publiquement l'assurance de ma profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Nunc est scribendum! C'est notre tour d'écrire.....

> Que l'on fasse après tout un enfant blond ou brun,
> Pulmonique ou bossu, borgne ou paralytique,
> C'est déjà très joli quand on en a fait un!
>
> A. de Musset.

Cependant, malgré notre amour-propre d'auteur, nous voyons trop combien cet ouvrage est au-dessous de ce qu'il aurait dû être pour se rendre digne de ceux à qui nous voulons l'offrir.

Aussi, cet auteur, né d'hier et qui ne le sera plus demain, s'empresse-t-il d'abandonner le style scientifique et la gravité doctorale pour venir remercier tous ceux qui lui ont porté quelque intérêt pendant le cours de ses études médicales.

En ce faisant, nous obéissons beaucoup moins à la tradition qu'au sentiment de notre reconnaissance,

Nous remercions tout d'abord nos maîtres de Brest : MM. les Drs Condé, Mailliu, Salaün, Lafolie.

A Bordeaux, nous avons trouvé un excellent accueil auprès de M. le Pharmacien principal Auché et de MM. les Drs Boudou et Aurégan.

Parmi nos maîtres de la Faculté, nous tenons à remercier plus particulièrement MM. les Professeurs Lanelongue, Denigès, et MM. les Professeurs agrégés Mongour, Abadie et Pelges.

La bienveillance que nous a montrée M. le Professeur Dubreuilh, l'affabilité qu'il nous a sans cesse témoignée n'ont d'égales que la valeur de son enseignement à la fois si théorique et si pratique. Nous tenons à lui en exprimer toute notre gratitude.

Ce n'est pas sans un peu d'émotion que j'écris ici les noms des docteurs Artur, Curet, Hamet, Héderer, Henry et Vourch : « Qui compte dix amis n'en a pas un seul », a dit un philosophe et bien d'autres l'ont répété. Mais que nous importe le dogme de l'unicité en matière d'amitié? Gardons tous nos amis! Les hasards de la vie nous sépareront trop tôt!

Merci enfin à celui qui pendant notre séjour à Bordeaux se montra en même temps qu'un conseiller de tous les instants, un ami dévoué et délicat. « *Amicus inter amicos* ». Il est des relations que fortifie la séparation par le vide qu'elles laissent après elles. Que cette pensée nous console à l'heure troublante des départs!

INTRODUCTION

Charcot et l'Ecole de la Salpêtrière avaient considérablement élargi le cadre de l'hystérie.

Depuis quelques années, une tendance contraire se précise. L'hystérie, si laborieusement édifiée, perd de jour en jour un de ses territoires. Pour employer le terme usité, « l'hystérie se démembre. »

Tout d'abord un grand nombre de symptômes décrits jusqu'à ce jour dans le tableau de l'hystérie sont allés enrichir le domaine de la *psychiatrie.*

Les hallucinations hystériques sont à nouveau étudiées comme des manifestations psychopathiques autonomes.

« La démence précoce, dit Meige, revendique pour elle des états catatoniques que la catalepsie hystérique enrôlait autrefois. »

Les anomalies du caractère et de l'humeur, les perversions instinctives, classées aujourd'hui dans la mythomanie de Dupré, appartiennent en réalité à la dégénérescence, dégénérescence dont on ne voulait plus naguère et qui reparaît aujourd'hui à peine modifiée.

Le syndrome de Ganser, regardé longtemps comme appartenant en propre à l'hystérie, peut s'observer dans d'autres psychoses, notamment dans la démence précoce, où il constitue un pseudo-négativisme.

Ce que nous venons de constater en psychiatrie s'est passé également dans le domaine de la *médecine générale.*

La *fièvre hystérique,* malgré les quelques observations de Debove, n'est plus guère admise aujourd'hui. On trouve plus

vraisemblable de rapporter ce symptôme, quand il ne s'agit pas d'une supercherie, à une affection organique latente ou méconnue.

Les études récentes sur l'anaphylaxie alimentaire éclairent, en particulier, d'un jour tout nouveau ces états fébriles mal déterminés.

L'étiologie même de la fièvre hystérique ne suffit pas à en indiquer la nature, car, comme le fait observer Bernheim, « si une émotion morale produit de la fièvre pendant un ou plusieurs jours, cette fièvre, souvent accompagnée d'anorexie, céphalalgie, embarras gastrique, n'est pas forcément, en raison de son origine émotive, d'essence nerveuse, car notre organisme loge de nombreux microbes qu'une dépression organique due à une émotion ou à un traumatisme peut rendre virulents et pathologiques. »

Comme pour la fièvre hystérique, c'est encore à l'hypothèse d'une supercherie ou d'une affection organique que sont arrivés les auteurs qui se sont occupés dernièrement de la *mydriase hystérique*. Savineau a montré (1) que tous les cas de mydriase qu'il a constatés peuvent s'expliquer soit par l'usage de l'atropine dont se servaient les malades à l'insu de l'observateur, soit par une lésion organique découverte seulement à l'autopsie.

Mais c'est surtout la question des troubles trophiques et vaso-moteurs qui a soulevé les plus ardentes polémiques.

Comme troubles vaso-moteurs, on avait signalé surtout les hémoptysies, les hématémèses et les hématuries.

Or, actuellement, on ne croit plus guère à ces différentes hémorragies, surtout en pratique.

Il semble, par exemple, très loin de nous, le temps où Attal (Thèse de Paris 1898) concluait au diagnostic d'*hémoptysies hystériques* chez une malade qui présentait bien quelques stigmates de la névrose, mais en outre des râles sous-crépitants dans les fosses sous-épineuses. Sur de pareils diagnostics, nous

(1) Savineau, La mydriase hystérique n'existe pas. *Clinique ophtalmologique*, 25 février 1908.

sommes devenus singulièrement circonspects, et avec raison. La latence et la guérison si fréquente de la tuberculose d'une part, l'association de cette affection avec la névrose d'autre part, ont permis de penser que la plupart des cas que l'on a décrits sous le nom d'hémoptysies hystériques n'étaient que des hémoptysies tuberculeuses chez des hystériques ayant guéri de leur tuberculose.

De même la notion des *hémorragies gastriques* névropathiques tend de nos jours à s'effacer et leur recherche est négligée, comme le remarquait Lancereaux dans une communication à l'Académie de médecine datant de 1900 : « Les travaux sur ce sujet, fréquents autrefois, se font rares aujourd'hui, mais nous ne pensons pas que cette pénurie de publications résulte uniquement de l'absence d'intérêt que pourraient présenter ces accidents hystériques. Une autre raison, bien plus certaine, paraît tenir à notre connaissance plus approfondie de l'ulcère de l'estomac, de la variabilité de ses symptômes et de la multiplicité de ses formes cliniques. Les observations anciennes d'hématémèses hystériques étaient uniquement basées sur des documents cliniques. Seul, un cas de Périssé citait un examen anatomique et il s'agissait d'une erreur de diagnostic. »

La question des *hématuries hystériques* est résolue dans le même sens, et depuis longtemps déjà. En effet, le Congrès d'urologie de Paris (1889) adoptait les conclusions suivantes des rapporteurs, MM. Malherbe et Legueu : « Toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale, toxique ou infectieuse, ou d'une infection locale. Il n'y a donc pas d'hématurie essentielle ». Sans doute, en 1900, Lancereaux s'est élevé contre cette opinion. Mais la plupart de ses observations ont bien perdu de leur valeur depuis qu'on a étudié plus à fond les formes hématuriques de la tuberculose, de la lithiase et des tumeurs rénales. L'hémophilie rénale de Senator a expliqué le reste.

L'opinion est la même au sujet des épistaxis, des otorragies et des hémorragies du sein.

Cette négation des troubles vaso-moteurs hystériques (admise

en pratique par la plupart des auteurs et cela depuis longtemps déjà) aurait dû, semble-t-il, mettre les observateurs en garde contre l'existence des troubles trophiques hystériques, le trouble trophique étant généralement solidaire d'un trouble vasomoteur.

Or il n'en a rien été. Tout au contraire, les observations de troubles trophiques hystériques se sont faites de plus en plus nombreuses, mais bien peu concluantes aussi. Pitres en faisait déjà la critique dans ses *Leçons cliniques sur l'hystérie,* parues en 1891 : « Les exemples d'œdème hystérique, disait-il, indépendants de toute complication susceptible de jeter le doute sur l'exactitude du diagnostic sont peu nombreux. Ceux qu'on rencontre çà et là dans les recueils périodiques sont rédigés avec si peu de détails qu'il est à peu près impossible de fonder sur eux un jugement sérieux ». Il semble qu'on ne pouvait être plus sage. Et pourtant ce conseil ne fut guère suivi. Les observations de troubles trophiques renaissaient de plus belle, lorsque Babinski vint déclarer qu'il niait toute la trophicité hystérique. Il apportait, en outre, une nouvelle conception de l'hystérie : le pithiatisme.

Cette conception, nous ne voulons point l'examiner dans ce travail. Ce qui nous importe, c'est de savoir si, dans la négation des troubles trophiques, Babinski n'est pas allé trop loin.

Pour répondre à cette question, il faudrait un travail considérable : Nous n'avons pas ici l'intention de l'entreprendre ; nous préférons limiter notre sujet à l'existence des gangrènes hystériques.

Parmi les troubles trophiques hystériques, ce sont, en effet, les observations de gangrènes qui sont les plus nombreuses et qui semblent les plus précises, les plus probantes. D'ailleurs, pour la plupart des auteurs, ces gangrènes sont le type des troubles trophiques hystériques, car si elles peuvent être primitives, elles sont aussi très souvent la terminaison des autres troubles trophiques : œdèmes, pemphigus, etc.

Tel quel, ce programme est déjà très vaste, il nous oblige à

entrer dans un débat délicat, au risque d'attirer sur nous la critique :

Non est vobis tantas componere lites

Aussi bien, notre rôle restera-t-il modeste, car il consistera surtout à exposer les arguments des adversaires. Sans doute, nous conclurons, mais dans ces conclusions nous ne mettrons que ce qui ressort clairement et sans discussion des faits envisagés. Là, surtout, nous essayerons de ne point nous départir d'une véritable impartialité scientifique : « Le plus grand dérèglement de l'esprit, dit Bossuet, est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient et non parce qu'on a vu qu'elles sont en effet. »

PLAN ET HISTORIQUE

Pour admettre l'existence des gangrènes hystériques spontanées, on se base généralement sur deux sortes de faits, les uns d'observation, les autres d'expérimentation.

1° Les faits cliniques sont relatés dans la thèse de Tonnelier (Paris, 1896), dans la thèse de Pannetier (Bordeaux, 1896) et dans la thèse de Legall (Paris, 1901). Nous avons recueilli, en outre, de très nombreuses observations dans les divers périodiques de 1901 à 1910.

2° Les faits expérimentaux, portant sur la possibilité de produire des éruptions gangréneuses par suggestion, se trouvent surtout signalés dans la *Revue d'hypnologie*.

Nous devrons donc, pour discuter l'existence des gangrènes hystériques, nous demander quelle est la valeur de ces deux catégories de faits. Notre thèse se divisera donc en deux parties : une *partie clinique* et une *partie expérimentale*.

La partie clinique, de beaucoup la plus importante, comprendra deux chapitres : dans le premier, nous étudierons les erreurs possibles dans le diagnostic de gangrènes hystériques et les moyens de les éviter. Après quoi, à l'aide de cette méthode, nous ferons la critique des observations de gangrènes spontanées. Cet examen constituera notre second chapitre.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

De la méthode à employer dans l'examen des gangrènes hystériques

Pour faire un diagnostic rigoureux de gangrène hystérique, le clinicien doit éliminer non seulement l'hypothèse de gangrène organique, mais surtout celle de la simulation. Ce sont là deux opérations que nous étudierons séparément.

A) Comment éviter la simulation ?

> « On se surprend quelquefois à admirer la ruse, la sagacité, la ténacité inouïes que les femmes qui sont sous le coup de la grande névrose mettent en œuvre pour tromper, surtout lorsque la victime de l'imposture doit être un médecin. »
>
> CHARCOT.

Pour éviter la simulation, il faut d'abord la soupçonner. C'est là un principe précieux dans le diagnostic des gangrènes hystériques. Après quoi il restera au clinicien à transformer en réalité ses soupçons, et cette tâche lui sera singulièrement facilitée s'il connaît les observations si nombreuses, si variées et si instructives de gangrènes hystériques provoquées. Pour ce faire, nous dresserons un tableau de ces observations où nous résumerons les détails intéressant la fraude. Ce tableau, nous le développerons ensuite dans une étude générale sur la simulation.

Gangrènes provoquées

N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	DATE	DÉPISTÉE PAR	AGENT
1	Adamson	*Brit. med. Journal*	Juil. 1910	surveillance	pierre ponce
2	Bosellini	Bull. Sc. méd. Bologne	Vol. VII, 1907	surveillance	ciseaux
3	Derville	*Journ. sc. méd. Lille*	1901	peur de la police	acide sulfurique
4	Dieulafoy	Comm. Acad. médecine	9 juin 1908	aveu	potasse
5	Dieulafoy	Comm. Acad. médecine	9 juin 1908	surveillance	cantharides
6	Ehrl	*Wiener klin. Woch.*	N° 18, 1894	surveillance	acide nitrique
7	Eversmann	*Münch. med. Woch.*	1900	surveillance	empl. vésicant
8	Footner	*The Lancet*	1883	surveillance	acide (?)
9	Fox. C.	*The Lancet*	1882	aveu	les doigts
10	Gross	*Deuts. Arch. f. kl. Med.*	F. 75, 1902	?	fragments de verre
11	Hyde	*Journ. of. cut. diseases*	Déc. 1909	peur de l'opération	caustique
12	Krecke	*Münch. med. Woch.*	N° 4, 1895	piège	pierre à lessive
13	Lewontin	*In* thèse Berlin	23 mars 1904	surveillance	lysol
14	Minne	Bull. Soc. belge Dermat.	N° 4, 1907	examen chimique	nitrate d'argent
15	Narath	*Wiener klin. Woch.*	144, 1895	examen chimique	acide
16	Pignal	*Province médicale*	27 fév. 1909	surveillance	empl. épispatique
17	Rasch	*Monatsh. f. prakt. Derm.*	29, 1899	surveillance	empl. épispatique
18	Riecke	*Wiener klin. Woch.*	N° 6, 1898	examen chimique	acide nitrique
19	Rosenthal	*Dermat. Zeitschr.*	1904	surveillance	caustique
20	Schimelbusch	*Berl. klin. Woch.*	N° 46, 1892	surveillance	appareil
21	Seegal	*Arch. für Dermat.*	Nov. 1907	piège	?
22	Shepherd	*Journ. of cutan. diseases*	Sept. 1903	surveillance	cigarette
23	Sicard	Soc. méd. des Hôp.	6 déc. 1907	examen radiograph.	aiguilles
24	Sick	*Deutsche med. Woch.*	N° 36, 1893	surveillance	pression digitale
25	Strumpell	*Deutsch. Zeitsch. f. Nerven.*	V. 18, 1892	surveillance	potasse
26	Thibierge	Thèse Janvier, Paris	1902	surveillance	acide chlorhydr.
27	Thibierge	Bull. Soc. méd. hôpit.	26 déc. 1907	Ex. chimique et hist.	nitrate d'argent
28	Thibierge	*In* thèse Ricard	1909	surveillance	lime à ongles
29	White	*Boston med. and surg. jour.*	4 avril 1907	examen clinique	caustique
30	Walker	*British med. Journal*	Juin 1910	moyens variés	caustique

De l'étude de ces diverses observations nous pouvons voir par quels moyens les malades simulent, pour quels motifs ils simulent. Ce pourquoi et ce comment élucidés nous permettront de trouver plus facilement les procédés à employer pour dépister la simulation.

Pourquoi les hystériques simulent-ils ?

a) L'*intérêt* est signalé dans l'observation de Krecke où la malade se mutilait pour passer ses jours à l'hôpital. Dieulafoy (1) a également signalé un cas semblable. Il s'agissait d'une jeune fille « qui eut à la jambe droite une ostéite d'origine probablement tuberculeuse pour laquelle on pratiqua l'amputation de la jambe. Quelque temps après, le moignon s'ulcéra à la façon d'un trouble trophique. Ceci nécessita l'amputation de la cuisse. Mais plus tard, le moignon de la cuisse fut également envahi par des escarres profondes. La supercherie fut découverte, la jeune fille fabriquait elle-même ses escarres avec des morceaux de pâte de cantharides qu'elle obtenait en raclant des vésicatoires. Le but de la malade était de pouvoir séjourner plus longtemps à l'hôpital, parce qu'elle n'était pas heureuse chez elle. »

Mais l'intérêt se rencontre plutôt chez l'ouvrier qui veut obtenir une indemnité en exagérant la conséquence d'un accident du travail, chez le soldat qui espère échapper au service.

En 1901, Anshutz a publié cinq cas de gangrène du gros orteil provoquée par des applications d'acide phénique, pour éviter la conscription. Cette mutilation nécessita la désarticulation et les simulateurs échappèrent ainsi au service.

b) Les hystériques se mutilent par un besoin extraordinaire *d'attirer l'attention*, de faire sensation, d'exciter la pitié. De ce fait, nous ne citerons que quelques exemples.

La malade de Derville était une jeune fille de dix-huit ans qui, occupée à nettoyer un parquet, brisa par mégarde un fla-

(1) Dieulafoy, Communication à l'Académie de médecine, 9 juin 1908.

con d'acide sulfurique. Le caustique se répandit sur sa main et son avant-bras gauches. Malgré un pansement occlusif, d'autres brûlures identiques apparurent au même niveau. Derville, dans la suite, fit appliquer un nouveau pansement occlusif sur lequel il écrivit le mot « magnésie ». De cette façon il était impossible à la malade de tenter une nouvelle application de caustique sans ôter le pansement et, comme elle serait dans l'impossibilité de le réappliquer exactement, on n'aurait aucune difficulté à le constater.

A partir de cette époque, aucune nouvelle escarre n'apparut. Un jour elle fut surprise, après sa guérison, en train de s'appliquer un carré d'emplâtre vésicant sur la main gauche. Trois jours après sa sortie de l'hôpital, elle simula une tentative de viol. L'individu qu'elle accusait lui aurait renversé sur la cuisse gauche un verre de vitriol.

La magistrature ayant été chargée de faire une enquête, la malade avoua qu'elle avait elle-même produit cette brûlure et imaginé tout ce roman,

C'est également pour se rendre intéressante que la malade de Rosenthal produisait ses plaques gangréneuses avec une solution servant à nettoyer les cuivres.

La malade de Bosellini, après avoir avoué qu'elle s'enlevait des lambeaux de peau à l'aide de petits ciseaux à broder cachés dans ses cheveux, déclara qu'elle se mutilait au début pour se faire plaindre et obtenir ce qu'elle voulait de ses parents, mais que, plus tard, elle se sentait poussée par une force irrésistible à commettre ces mutilations qui calmaient sa nervosité,

c) On voit intervenir ici un autre facteur dont nous allons maintenant parler : L'*état mental des hystériques* (1). N'est pas simulateur qui veut. Le seul fait de simuler sans cause plausible est un acte pathologique. Pour légitimer cette assertion nous nous

(1) Pour beaucoup d'auteurs, cet état mental n'appartiendrait pas en propre à l'hystérie, mais à la dégénérescence concomitante. C'est à cette dernière affection que se rapporteraient en particulier la mythomanie de Dupré et la pathomimie de Dieulafoy.

contenterons de citer les observations de Hyde et de Schimmelbusch.

Hyde rapporte le cas d'une jeune novice qui dans un couvent romain avait subi l'amputation d'un index et allait subir une seconde intervention, lorsqu'elle finit par confesser à la supérieure qu'elle avait elle-même créé ses lésions. Quand on lui demanda pourquoi elle s'était ainsi mutilée : « C'était plus fort que moi, répondit-elle, je n'y pouvais rien et je me serais laissée ainsi amputer tous les doigts. »

Cette réponse se retrouve très souvent dans la bouche des hystériques qui avouent s'être mutilées. C'est en quelque sorte une phrase stéréotypée qui montre combien leur responsabilité est atténuée. La malade de Schimmelbusch présentait une ulcération sur le sein gauche depuis trois ans. Le début aurait été une piqûre d'épingle insignifiante. Le diagnostic de gangrène hystérique porté par Singer fut redressé par Esmarch qui démontra que la malade se frottait en cachette, en faisant exécuter à l'appareil plâtré appliqué sur sa poitrine des mouvements de va-et-vient. Une surveillance rigoureuse étant faite, la malade guérit rapidement et manifesta sa joie et sa reconnaissance, ce qui amena l'auteur à croire à l'influence d'un état psychique spécial.

Voici comment les choses se passent généralement : Une hystérique se blesse ou voit une autre personne se blesser. Après un intervalle plus ou moins long, elle entre en état somnambulique. La blessure agit alors sur son moi inférieur comme une suggestion, à l'abri du contrôle de la véritable conscience. Le moi inférieur, cédant bientôt à la suggestion, produit polygonalement, comme dit Grasset, une lésion semblable à la première. La malade ne souffre pas sur le moment. Elle sort graduellement de son état second et voit la lésion avec étonnement. Comme elle n'a point souvenir de cette période somnambulique et de la production de la blessure, elle est de bonne foi. On ne peut donc ici parler de simulation, mais de simulation subconsciente, de demi-simulation.

Comment ils se mutilent

Les moyens employés par les malades pour se mutiler sont extrêmement variables. Les uns se contentent d'un simple grattage avec les ongles, les autres se frottent contre les meubles, la barre du lit, ou même contre l'appareil qui protège leurs blessures. Le fait de se frotter dans un appareil un peu lâche permet au malade d'entretenir longtemps un ulcère. Les malades ont souvent recours à un agent physique maniable, exemple : peigne, ciseau, pierre ponce, aiguille, etc. Mais ce qui de beaucoup a leur préférence, ce sont les caustiques : acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, le nitrate d'argent, la potasse et la soude caustiques. On a signalé aussi la cantharide, l'orthoforme, le salol.

Comment dépister la simulation ?

a) L'*examen clinique* peut-il, tout d'abord, nous donner des résultats ? Très rarement, d'après nous. En effet, nous avons été frappé de l'extrême ressemblance qui existe, au point de vue clinique, entre les cas de gangrènes provoquées et les cas de gangrènes hystériques spontanées si bien décrites par Gilles de la Tourette. Voici leurs caractères communs.

Etiologie. — Avant trente ans, chez des femmes, quelques jours après un traumatisme (piqûre, coupure, brûlure... etc.).

Symptomatologie. — Deux stades. Le premier stade peut être érythémateux, vésiculeux ou érythémato-vésiculeux. Le second est le stade gangréneux proprement dit et la lésion se présente alors sous forme de croûtes de couleurs très variables.

Dans les gangrènes spontanées comme dans les gangrènes provoquées l'aspect du premier stade peut varier avec les différentes poussées.

La *forme* des lésions est extrêmement variable et de même que les gangrènes spontanées peuvent être ovalaires ou linéaires,

de même les gangrènes artificielles peuvent varier suivant la forme de l'agent employé.

Au sujet de la *zone inflammatoire*, on avait cru y trouver, à la suite de Singer, un bon élément de diagnostic. « Dans les gangrènes simulées, disait cet auteur, les pourtours de la plaque doivent être forcément irrités. Il n'est pas possible qu'un caustique qui cause une destruction plutôt profonde ne trouble pas le voisinage immédiat des parties directement intéressées : Le gonflement et l'érythème s'y rencontrent surtout. »

Mais cette opinion est contredite par les expériences de Gross et Narath qui ont tous deux montré qu'en variant la force et la durée d'application des caustiques ils pouvaient reproduire à volonté toutes les lésions possibles, depuis la rougeur jusqu'à la gangrène, et cela bien souvent sans la moindre hypérémie périphérique, sans la moindre irrégularité suspecte. M. le Professeur Dubreuilh, à qui nous avons exposé le cas, partage absolument cette dernière opinion.

Le *siège* des gangrènes provoquées et des gangrènes spontanées se trouve être le même. Débutant généralement par une extrémité, l'éruption montera vers la racine du membre dans les poussées ultérieures. Lorsqu'elle atteindra le tronc, elle apparaîtra au hasard, mais toutefois dans les régions accessibles, sans respecter la face.

Comme nous l'avons dit, l'*évolution* se fait par poussées irrégulières. L'*état général* reste excellent dans les deux cas.

D'après ce parallèle, on voit donc que l'examen clinique, basé sur l'étiologie, l'état local des lésions, leur évolution et l'état général, peut ne donner aucun élément de diagnostic.

b) L'*examen bactériologique* peut-il donner des résultats plus concluants ? « Les gangrènes spontanées, dit Tonnelier, sont primitivement aseptiques et ne sont infectées que secondairement ». Or il peut en être exactement de même des gangrènes provoquées. Une brûlure par l'acide sulfurique ne sera-t-elle pas forcément aseptique au début ?

c) L'*examen histologique* a permis, dans un cas de Thibierge, de déceler la simulation par la constatation de l'imprégnation

des fibres conjonctives et des cellules épidermiques par l'azotate d'argent. Mais c'est là un cas très spécial. Ce sont les différences anatomo-pathologiques qui rendraient un grand service dans le diagnostic des deux sortes de gangrènes. Or rien de semblable n'existe. Brandweiner, dans son étude sur les gangrènes spontanées, avoue qu'elles ne sont point typiques. « A leur début, ces lésions sont celles de l'herpès zoster, et dans leur dernier stade, elles rappellent absolument ce qu'on constate dans les brûlures. »

d) L'*examen radiographique* n'a servi que dans le cas de Sicard où il permit de découvrir des fragments d'aiguilles sous les téguments.

e) L'*examen chimique* a été beaucoup plus efficace. Il a permis bien souvent, par l'analyse des croûtes, d'y découvrir les caustiques que nous avons signalés plus haut. En voici deux exemples :

Dans le cas de Minne, il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, hystérique, ayant subi l'ablation de l'utérus et présentant depuis lors, à l'époque correspondant aux règles, des plaques gangréneuses. Ces plaques avaient des contours bizarres, ne répondant à aucun territoire nerveux, présentant même parfois des bandes aberrantes semblables à celles que produirait l'hésitation d'un pinceau ayant maladroitement étalé un liquide. Ces plaques qui se montraient dans les régions les plus diverses, avaient pour caractère constant de présenter, lorsqu'on les exposait à la lumière, un noircissement métallique de leur surface, au niveau de laquelle les réactifs chimiques révélèrent la présence de l'argent. La malade nia d'ailleurs énergiquement cette simulation.

Dans un cas de Thibierge, un fragment de l'escarre traité par la solution iodo-iodurée et l'hyposulfite de soude donna également la réaction des sels d'argent.

Mais à côté de ces observations, on en a signalé d'autres où l'examen chimique est resté incertain. Sur des réactions identiques, Gross et Sturenbaüch basèrent des conclusions complètement différentes. Le premier fit le diagnostic de gangrène

provoquée par l'acide chlorhydrique, le second celui de gangrène spontanée.

D'autre part, l'habileté des simulatrices, leur culture artistique, si l'on peut parler ainsi, le choix des caustiques difficiles à révéler compliquent singulièrement le problème.

Dans l'observation d'Eversmann, on ne put reconnaître la nature de l'onguent dont se servait la malade qu'en examinant cette substance au microscope et en y constatant des fragments d'élytres brillantes de cantharides. Si la malade se sert, comme cela peut arriver, d'un suc végétal, la recherche devient encore plus difficile.

Aussi, après cet examen complet et systématique de toute lésion gangréneuse chez une hystérique, il arrivera au clinicien (les observations le démontrent) de ne point découvrir la moindre trace de simulation.

Dans ces conditions, il lui restera deux ressources : soumettre le patient à une surveillance rigoureuse ou en obtenir des aveux.

De la surveillance. — La surveillance est absolument nécessaire chez tous ces malades et quelle que soit leur condition sociale. A ce sujet, qu'on nous permette de rappeler, quoiqu'elle se rapporte à un pemphigus hystérique, la discussion entre Raymond et Babinski. Il s'agissait d'une malade de Raymond, jeune fille de dix-neuf ans, nettement hystérique et qui présentait des phlyctènes que Raymond rapportait à la névrose. Il publia le cas dans le *Bulletin médical*. Babinski, ayant aussi examiné la malade, soutint dans le même périodique que ce diagnostic n'était pas certain. « Il n'est pas prouvé, disait-il, que ces phlyctènes ne soient pas dues à l'application de quelque substance caustique par la malade elle-même et à l'insu de son entourage. Raymond dit qu'il n'y a pas de supercherie possible, étant donné le milieu. L'argument ne me paraît pas péremptoire, car il peut y avoir des mythomanes dans les milieux les plus honorables ; une surveillance de tous les instants pourrait seule permettre d'écarter l'hypothèse de fraude. »

Voici quelle fut la réponse de Raymond dans le *Bulletin médical* de juin 1907 : « La jeune fille que nous avons vue,

Babinski et moi, appartient au milieu médical ; je puis assurer mon distingué collègue qu'elle a été surveillée avec le plus grand soin, précisément parce que la possibilité de l'emploi de caustiques ou autres produits analogues avait été suggérée par Babinski lui-même à la grand'mère de la malade, et cependant les bulles continuent. Le mot de mythomanie est très commode ; il est loin pourtant de s'appliquer avec justesse, comme certains le soutiennent, aux hystériques. Il y a longtemps que Pitres a fait justice de cette légende. »

La discussion fut reprise au Congrès de Genève ; elle ne se termina que cinq mois après son début à la Société de neurologie, où Raymond vint déclarer qu'il rectifiait ce qu'il avait dit et écrit sur cette question ; en effet, il avait constaté dans la région où se formaient les bulles de pemphigus une collection sanguine d'où il fut extrait un fragment d'aiguille.

On voit donc qu'on doit surveiller tous ces malades. Or pour exercer cette surveillance étroite, la première condition à remplir est d'hospitaliser le patient. L'observation d'Adamson est à cet égard démonstrative : « Après avoir admis pendant longtemps, dit cet auteur, le diagnostic de dermatite herpétiforme chez une de mes malades, je me ralliai au diagnostic de gangrène simulée porté par un dermatologiste. Mais la famille n'en crut absolument rien. Quant à la malade, on continua à la soigner comme précédemment, sans rien lui faire savoir. Une infirmière lui fut attachée la nuit afin de la surprendre. Pendant deux semaines, rien ne fut découvert et pourtant de nombreuses éruptions se produisirent, souvent même sous les bandages les mieux appliqués. L'infirmière, qui était tout d'abord de notre avis, devint alors convaincue que nous étions dans l'erreur. Mais il était clair que l'infirmière ne pouvait veiller nuit et jour. Aussi, sûr de mon diagnostic, j'insistai pour faire changer de milieu à la malade et la placer dans une clinique. Là, la malade ne fut plus abandonnée à elle-même un seul instant. Il lui fut interdit de quitter sa chambre. Les infirmières suivirent rigoureusement cette consigne très sévère. Et pourtant trois jours se passèrent encore avant que la simulation fut découverte par un mouvement

suspect que la malade fit sous les couvertures de son lit. Dans son mouchoir, on trouva un petit morceau de pierre ponce. Après cette découverte, la malade guérit rapidement ». De même, dans l'observation de Strümpell, on trouva dans le lit de la malade un morceau de potasse qui lui servait depuis neuf ans pour faire naître des ulcères. Il faut donc que la malade quitte en entrant à l'hôpital tous ses vêtements et la plupart ou même tous les objets dans lesquels elle pourrait dissimuler l'objet de ses blessures. La malade de Bosellini trouva, malgré ce luxe de précautions, le moyen de dissimuler des ciseaux dans sa chevelure. D'autres sont même allées plus loin et Brissaud compare avec raison le mythomane au morphinomane.

« Un morphinomane, dit cet auteur, ayant un beau jour le courage de son opinion, m'avoue qu'il se pique de morphine et retire de son rectum une seringue de Pravaz, qu'il me remet. Mais en me la donnant il en gardait une autre, qui était, comme la première, précieusement enfouie dans les replis de son derrière. »

Donc, examen complet du malade à l'entrée de l'hôpital. Ce n'est pas tout. Il faut ensuite protéger les lésions par un pansement occlusif, et par là nous entendons un pansement plâtré ou silicaté dépassant de beaucoup la région où se forment les plaques de gangrène. Pour une lésion du bras, par exemple, ce pansement, fermé à l'extrémité du membre, devrait se compléter par un corset plâtré. De cette manière, il serait bien plus difficile de glisser un instrument long et aplati sous les bords du pansement pour aller produire des lésions à une très grande distance. Enfin le pansement doit être fait et défait par le médecin lui-même.

Surveiller la malade ne suffit pas, il faut encore se défier de l'entourage de la malade. C'est ce que démontre bien l'observation de Pignal (*Province médicale*, 27 février 1909) :

« Une jeune fille de vingt ans présentait des lésions cutanées récidivantes sur tout le corps. Malgré des examens répétés, personne n'avait pu soupçonner la véritable origine du mal. Ce fut la sœur de service qui put éclaircir le mystère de ces lésions,

grâce à la circonstance suivante : cette jeune fille se faisait apporter du papier épipastique, en ayant soin de le faire prendre tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre des pharmaciens de la ville. L'une de ces commissionnaires alla, dans son inconscience, adresser cette demande à la pharmacie même de l'hôpital et, engageant la conversation avec un client, expliqua à ce dernier que ce papier devait être pour entretenir un vésicatoire.

» On fut ainsi renseigné sur la fourberie de la malade ; la jeune fille dut avouer qu'elle avait produit elle-même et entretenu ces lésions pendant de longs mois. »

Des aveux. — Pour obtenir les aveux des malades, les moyens sont extrêmement variables. Krecke offrit à sa malade de la présenter à ses collègues des hôpitaux, pour qu'ils s'apitoient sur son sort. La malade ne vit pas le piège et revint avec une multiplicité et une variété de lésions qu'elle n'avait jamais présentées. Elle n'avoua la simulation qu'après de nombreuses dénégations. Le cas de Seegal est identique. Examinant une malade atteinte de gangrène dite hystérique du pavillon de l'oreille droite, il décrit aux étudiants qui l'entourent cette affection, en ajoutant que dans trois ou quatre jours des plaques gangréneuses apparaîtraient forcément à l'oreille gauche. Au jour fixé, à l'endroit indiqué, la malade présentait les plaques de gangrène ; elle avoua facilement la simulation. La malade de Derville avoua par peur de la police, la malade de Hyde par peur d'une opération. Peut-être pourrait-on avoir recours à l'hypnose pour obtenir des aveux, mais seulement chez des sujets hystériques où il n'y aurait plus rien à perdre, c'est-à-dire chez ceux où une attaque ne compterait plus que pour peu de chose dans le bilan de la névrose.

Mais, au sujet des aveux, le cas le plus instructif est certainement celui que Dieulafoy exposa dans une communication à l'Académie de médecine (9 juin 1908). Il s'agissait d'un garçon de trente ans qui, d'après Dieulafoy, se faisait avec de la potasse caustique des escarres depuis plus de deux ans. Il niait d'ailleurs énergiquement. « Pour obtenir des aveux, dit Dieulafoy, j'instituai la mise en scène suivante : Le directeur de la Compa-

gnie d'assurances chez qui était employé ce malade savait quelle était notre conviction relativement à la simulation; il fut convenu avec lui que, sous prétexte d'affaires de service, il convoquerait notre homme un matin dans son cabinet. Nous nous trouverions à ce rendez-vous avec M. Crouzon, mon chef de clinique. On ferait alors comparaître le soi-disant malade et le directeur lui adresserait paternellement la parole en lui demandant d'avouer sa supercherie. Il fut également convenu qu'on n'agirait sur lui ni par intimidation ni par menaces, de façon à lui laisser sa liberté d'action. Ce plan fut mis à exécution et voici quel en fut le résultat :

» Ne se doutant de rien, le malade est introduit dans le cabinet du directeur; il nous trouve là, tous trois réunis. Sa physionomie ne trahit ni surprise ni émotion; le sourire aux lèvres, et en homme qui est tout à fait son aise, il nous adresse un « Bonjour, Messieurs » et il s'assied.

— Nous vous avons convoqué, lui dit le directeur, dans votre intérêt et pour votre bien. Il est temps de cesser une simulation qui depuis deux ans et demi bouleverse votre existence; ma bienveillance vous est acquise et elle ne vous fera pas défaut, mais soyez loyal, nous voulons savoir quelle est la cause de vos escarres.

— Mais, Monsieur le Directeur, il m'est impossible de vous répondre. Pendant cette longue maladie, j'ai vu plus de quinze médecins ou chirurgiens et ils n'ont rien connu à mon mal; alors comment voulez-vous que moi j'en sache plus qu'eux ?

— Vous avez l'air de ne pas comprendre notre question, lui dit le directeur, et vous savez fort bien à quoi je fais allusion. Du reste, il vous est inutile de simuler plus longtemps, car nous savons maintenant à quoi nous en tenir. Allons, un bon mouvement, et dites-nous la vérité. Comment fabriquez-vous vos escarres ?

— Moi, fabriquer mes escarres ! Mais, Monsieur le Directeur, à quoi pensez-vous? Depuis deux ans et demi, je mène une vie de tourments, la gangrène qui avait envahi mes deux bras s'est mise maintenant à mon pied, je souffre et je ne peux marcher

que difficilement, j'ai subi deux opérations, j'ai été amputé de mon bras gauche et vous pouvez supposer un instant que je suis un simulateur ? Mais c'est fou, c'est insensé !

— Une dernière fois, en reconnaissance des bontés que j'ai eues pour vous et qui ne vous feront pas défaut à l'avenir, cessez de mentir et dites-nous la vérité ?

— Eh bien, Messieurs, écoutez-moi bien : sur ma parole d'honneur, sur tout ce que j'ai de plus sacré au monde, sur la tête de mon petit enfant que j'adore, je vous jure que je suis faussement accusé, j'ignore absolument quelle est la cause de mes escarres.

» Ce garçon venait de prononcer ces paroles avec une telle émotion et avec un tel accent de sincérité que nous en étions nous-mêmes tout émus.

» Supposez qu'à ce moment il y ait eu là un médecin expert pour prendre la défense de l'accusé. Supposez que ce médecin expert nous eût tenu le langage suivant : « Il existe une maladie que Raynaud a décrite sous le nom de gangrène symétrique des extrémités. Dans cette étrange maladie, pendant des mois, pendant des années, sans cause connue, la gangrène s'attaque aux extrémités des doigts et même aux extrémités des orteils ; parfois même la gangrène ne ménage ni le bout du nez ni les lobules des oreilles. Direz-vous que ces gangrènes multiples, dont vous ignorez la pathogénie, sont le fait d'un simulateur ? Non ! cette singulière variété de gangrène, vous le savez fort bien, n'est pas le fait d'une simulation, c'est une réelle maladie.

» Et, ajouterait le défenseur, qui vous dit que ce garçon que vous accusez actuellement de simulation n'a pas, en réalité, une variété de gangrène en plaques, à marche progressive, envahissant d'abord les membres supérieurs et plus tard les membres inférieurs ? Pouvez-vous affirmer qu'il ne s'agisse pas là d'une maladie non encore classée, qui rentre, faute de mieux, dans le lot des gangrènes dites spontanées et qui, un jour, trouvera peut-être sa place dans le cadre nosologique ?

» Ces raisonnements, je me les étais faits, et, malgré tout,

rien n'avait pu ébranler ma conviction : pour nous, cet homme était un simulateur. Alors je me place bien en face de lui, mon regard ne quitte pas son regard, et je lui dis ces quelques mots : Jusqu'à ce jour, vous n'avez été qu'un malade qui était le jouet d'un état mental particulier; vous obéissiez à une impulsion irrésistible, vous étiez sous le coup d'une obsession à laquelle vous ne pouviez vous soustraire; en un mot vous n'étiez pas responsable, et nous venons à votre secours pour faire cesser vos tourments ; mais à dater de cet instant, prenez garde, si vous persistez encore dans vos dénégations, vous devenez un fourbe et un imposteur, vous devenez un malhonnête homme et les honnêtes gens se détourneront de vous. Choisissez.

» A mes paroles, cet homme est transformé, sa physionomie se contracte, ses yeux se mouillent de larmes, on sent qu'il se fait en lui une lutte terrible, enfin il éclate en sanglots et il nous fait ses aveux : « Pardonnez-moi, dit-il, pardonnez-moi, » mais j'aime mieux vous dire la vérité. Oui, j'ai menti, mais » c'était plus fort que moi ; oui, c'est bien moi qui, depuis deux » ans et demi, me suis fait aux bras et à la jambe toutes ces » plaques de gangrène en me servant de potasse caustique. »

» Nous le félicitons de sa franchise et alors sa figure s'illumine et il remercie avec une douce émotion.

» Depuis le jour de ses aveux, cet homme nous a écrit et il est venu nous voir plusieurs fois; il ne cesse de nous remercier du service « immense » que nous lui avons rendu. Il se sent revivre, il est heureux, il n'est plus sous le coup de cette obsession qui le tourmentait jour et nuit et, suivant son expression, « il est exorcisé ». « J'étais, dit-il, dominé par une idée » fixe dont je ne pouvais me débarrasser, je m'étais laissé » amputer le bras, et je crois bien qu'un jour je me serais » laissé amputer la jambe. »

Nous voyons donc combien il est difficile parfois, pour le clinicien, de dépister le simulateur, même s'il soupçonne cette simulation, même s'il emploie tous les moyens que nous avons indiqués pour la découvrir.

Dans ces conditions, quelle valeur peut-on accorder à une observation de gangrène hystérique où la possibilité de la simulation n'est même pas entrevue ?

B) Comment éviter les erreurs de diagnostic ?

« L'hystérie est pour quelques médecins la corbeille où l'on jette les papiers qu'on ne peut classer. »
LASÈGUE.

Quand Charcot eut déclaré que « l'hystérie était la grande simulatrice » et qu'il fallait savoir la dépister dans les cas frustes où elle se présentait sous une forme mono-symptomatique ; quand les disciples du maître, surenchérissant, eurent décrit un péritonisme, un méningisme, un tabes, etc., d'origine hystérique, il arriva que tout ce qui ne cadrait pas avec les données actuelles de la science médicale tomba dans le domaine de la névrose. Ce fut la loi du moindre effort introduite en pathologie et une cause d'erreurs de diagnostic innombrables. Ces erreurs furent surtout commises à propos des troubles vaso-moteurs, mais les troubles trophiques prêtèrent eux aussi à de pareilles confusions. C'est ainsi qu'il est arrivé à M. Claude de prendre tout d'abord pour un œdème hystérique ce qu'il reconnut plus tard être une synovite tuberculeuse.

Devant des faits semblables, on comprendra l'importance d'un diagnostic rigoureux lorsqu'on parlera de gangrène hystérique.

Pour arriver à ce résultat, il faudra successivement :

1° Eliminer toutes les gangrènes organiques ;

2° Ne se fier pour porter le diagnostic d'hystérie qu'à des signes certains de la névrose ;

3° Etablir autant que possible une relation de causalité entre la gangrène et l'hystérie concomitante.

1° La gangrène n'est-elle pas d'origine organique ?

Les auteurs qui ont étudié les gangrènes spontanées hystériques ont, pour la plupart, mentionné qu'il existait, à côté de la gangrène cutanée commune, *trois autres types de gangrènes hystériques :* le type zona, le type maladie de Raynaud et enfin le type des escarres sacrées. Mais, après cette déclaration, ils n'étudient guère que la gangrène cutanée commune, en avouant que, seule, cette dernière semble appartenir en propre à la névrose.

Au sujet de l'*herpès zoster gangrenosus hystericus* de Kaposi, on ne comprend pas pourquoi ce dernier auteur a appelé ainsi cette affection et pourquoi il en a formé un groupe à part. En effet, l'herpès zoster est caractérisé :

1° Par une évolution cyclique ;

2° Par une localisation systématisée ;

3° Par des troubles localisés de la sensibilité.

Tous ces phénomènes manquent dans l'éruption de Kaposi qui, en somme, n'est qu'une variété de gangrène cutanée disséminée.

D'ailleurs, la parcimonie de détails avec laquelle Kaposi nous a transmis ses observations a permis à beaucoup d'auteurs de leur contester toute valeur probante.

Pour les *escarres sacrées d'origine hystérique,* Pitres a bien rapporté le cas d'une malade, âgée de vingt-cinq ans, qui aurait présenté à deux reprises des escarres fessières très superficielles, en même temps que deux attaques de paraplégie hystérique ; mais cet auteur reconnaît qu'on pourrait adresser à son observation un grand reproche : de ne se baser que sur les dires de la malade.

Quant à la *pseudo-maladie de Raynaud, d'origine hystérique,* l'étude approfondie de ce syndrome n'ayant été faite que dernièrement par Barker et Sladen, elle s'explique par des erreurs de diagnostic presque inévitables alors.

D'ailleurs, il est vraiment inutile de prolonger la discussion

du diagnostic différentiel de ces cas spéciaux. puisque les auteurs les plus convaincus de l'existence des gangrènes spontanées hystériques se sont déjà allégés depuis plusieurs années de ce bagage compromettant.

Nous nous limiterons donc aux gangrènes cutanées disséminées et nous nous demanderons si elles n'ont pas prêté ou si elles ne pouvaient pas prêter à des erreurs de diagnostic avec d'autres gangrènes.

D'abord avec les *gangrènes d'origine artérielle ?* Cette erreur a dû être rarement faite. Aussi suffit-il de savoir que la gangrène artério-scléreuse n'est pas toujours une affection de la vieillesse, mais que les adultes et même les enfants peuvent en être atteints : « On a l'âge de ses artères ». L'auscultation du cœur permettra d'éliminer les gangrènes par une embolie partie du cœur gauche.

Les artérites alcoolique et syphilitique peuvent bien donner de la gangrène, mais pas avec cette brusquerie.

L'erreur avec les *gangrènes nerveuses* a été plusieurs fois commise. Il s'agissait surtout de gangrène d'origine névritique ou de gangrène médullaire.

Pour les gangrènes dues à des lésions des nerfs périphériques, le cas de Quinquaud est le plus net ; mais le cas de Dieulafoy est plus célèbre. En effet, plus de dix médecins attribuèrent la gangrène du malade à une névrite pendant que plusieurs autres invoquaient l'hystérie comme étiologie. Sans doute, la fin de l'histoire du malade démontra qu'ils erraient également et qu'il s'agissait de simulation, mais cette observation prouve que l'erreur entre une *gangrène névritique* et la gangrène hystérique est très possible.

Quant aux gangrènes d'origine médullaire, elles ont prêté à erreur avec les gangrènes hystériques, dans le cas de Neuberger. Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans qui présenta des plaques de gangrène qu'on rapporta à l'hystérie. A l'autopsie, on constata des lésions de *syringomyélie.*

Nous ne ferons que signaler l'erreur possible avec certaines *gangrènes infectieuses.* Cette erreur a été faite, semble-t-il, dans

le cas de Doutrelepont où la symptomatologie rappelle parfaitement celle d'une gangrène disséminée infectieuse. Nous examinerons ce cas dans notre second chapitre.

La syphilis, par des mécanismes divers, peut sans doute aboutir à une lésion gangréneuse, mais elle n'engendre pas en une heure de temps des escarres ayant les caractères très particuliers de la gangrène hystérique.

Passons enfin aux *gangrènes toxiques*. Et d'abord, l'*œdème récidivant de Quincke*, s'il s'ulcère ou devient gangréneux, peut parfaitement simuler une gangrène hystérique. Comme l'étiologie de cet œdème est très vague (anaphylaxie alimentaire ?) l'erreur devient extrêmement facile.

Les *gangrènes médicamenteuses* seront facilement éliminées quand on aura interrogé le sujet sur le traitement suivi (arsenic, iodure de potassium, antipyrine, etc.).

La *gangrène diabétique* ne pourrait guère prêter à confusion que dans les cas de diabète latent et de gangrène diabétique multiple.

La *gangrène des brightiques* a prêté à confusion dans le cas de Max-Joseph (*Archiv für Dermatol.*, 1896). Ce fut Fränkel qui porta le diagnostic de néphrite épithéliale et redressa le diagnostic de gangrène hystérique porté tout d'abord.

Lorsque le clinicien a établi que la gangrène examinée n'est due ni à une intoxication ni à une infection, qu'elle n'est point d'origine nerveuse ou vasculaire, il lui reste encore à démontrer que la gangrène appartient bien à la névrose et la première chose à faire est d'établir que le sujet est bien hystérique.

Le malade est-il bien hystérique ?

Le diagnostic était souvent basé autrefois, moins sur les accidents hystériques, peu caractéristiques par eux-mêmes, que sur la constatation d'un ou de plusieurs stigmates : hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngien. Or, on a fort discuté

depuis quelque temps (séance du 9 avril 1908 de la Société de neurologie) sur la *valeur clinique de ces stigmates*. Cette discussion porta tout d'abord sur l'*hémianesthésie*.

« Je me souviens, dit M. Souques, alors que j'étais interne de Charcot, d'avoir vu une jeune fille de seize ans, venant de la campagne, consulter au sujet de crises vulgaires de nerfs. L'examen fait à la consultation ne décela ni rétrécissement du champ visuel ni anesthésie. Elle fut admise à l'hôpital et peu de temps après elle présentait une hémianesthésie typique, avec rétrécissement bilatéral et concentrique du champ vjsuel. Dans l'intervalle avaient eu lieu plusieurs examens avec recherches des stigmates. Je pense donc que les stigmates hystériques, particulièrement l'hémianesthésie, sont le résultat d'une suggestion inconsciente, le plus souvent d'origine médicale. »

MM. Brissaud et Ballet firent des déclarations identiques.

« On commet une faute, ajouta M. Babinski, en posant aux patients des questions de ce genre : « Sentez-vous bien ? » ou encore : « Sentez-vous aussi bien d'un côté que de l'autre ? » Ce mode d'interrogation suffit pour faire naître dans l'esprit du sujet l'idée d'anesthésie. En disant aux malades : « Mettez le doigt sur la région touchée d'abord, puis piquée », on arrive à ne plus constater l'anesthésie d'un côté du corps. Par contre, par un examen un peu spécial, on peut obtenir des hémianesthésies supérieures ou inférieures. »

Un autre de ces stigmates hystériques : *le rétrécissement du champ visuel*, a été ensuite discuté par un ophtalmologiste, M. Rochon-Duvigneaud. « Toutes les fois, dit ce dernier, que j'ai examiné des champs visuels d'hystériques, j'ai trouvé, tout au plus, des rétrécissements de fatigue : j'entends par là que, pour le premier méridien exploré, l'étendue était normale et allait ensuite se rétrécissant à mesure que se prolongeait l'examen ; de sorte qu'en définitive le dessin campimétrique du champ visuel représentait souvent une spirale rétrécissant ses tours du premier au dernier méridien examiné. »

« Je suis arrivé aux mêmes conclusions, ajouta M. Brissaud, je ne retrouve plus ce rétrécissement chez les hystériques depuis

que, pour le chercher, j'évite certaines causes d'erreur qui autrefois créaient manifestement de toutes pièces ce trouble visuel. Et il en est de même de la dyschromatopsie ; depuis qu'on la recherche avec le diploscope de Rémy, qui rend toute supercherie impossible, on ne la constate jamais. »

Quant à l'*abolition du réflexe pharyngien*, auquel on accordait jadis tant de prix, on a cessé pareillement de croire à son importance diagnostique. Ce réflexe, très variable suivant les sujets, peut être supprimé par la volonté, par l'accoutumance.

En résumé, d'après ces auteurs, les prétendus stigmates non seulement n'ont pas la valeur pathognomonique qui leur fut attribuée naguère, mais leur signification diagnostique, contestable et contestée, ne peut être que d'ordre secondaire.

Mais cette conception n'est pas admise de tous. Pitres et Déjerine croient à une hémianesthésie spontanée, non médicale. M. Gruchet a signalé des cas où ces stigmates n'avaient été découverts que par hasard. M. Terrien (de Nantes) a fait, en outre, remarquer que « si M. Babinski ne rencontre plus de troubles de la sensibilité chez ses hystériques, c'est que, sans y prendre garde, en recherchant ces troubles, il les fait disparaître. Cette simple question qu'il pose à ses malades : « Que sentez-vous ? », n'est-elle pas chez les hystériques anesthésiques une invitation à recouvrer la sensibilité ? »

Au point de vue du diagnostic, qui seul nous intéresse ici, que doit-on conclure de cette discussion ?

Pour nous, elle n'infirme en rien la certitude d'un diagnostic d'hystérie, basé sur l'ensemble des stigmates. Si on élimine le rétrécissement du champ visuel qui peut être dû à la fatigue, si on élimine le réflexe pharyngien que l'accoutumance pourrait abolir, il resterait tout au moins l'hémianesthésie qui, même pour Babinsbi, serait un excellent signe de l'hystérie puisqu'elle servirait, en somme, à rendre bien évidente la suggestibilité de la malade.

Continuons donc à chercher l'hémianesthésie ; appelons-la comme l'on voudra, stigmate ou signe, mais en tous cas considérons-la comme pathognomonique de la névrose.

Un autre point sur lequel a insisté récemment Austregesilo, au sujet du diagnostic de l'hystérie, est de ne pas confondre avec l'hystérie des états nerveux qui la simulent en constituant ce qu'il appelle *le syndrome hystéroïde*. L'auteur cite des observations de sujets diagnostiqués hystériques chez qui, ultérieurement, la démence précoce a été confirmée. De la même façon, des manifestations de la folie maniaque dépressive, des épisodes dégénératifs, des symptômes de maladies organiques telles que la sclérose en plaques, ont pu être attribuées à l'hystérie.

Il ne s'agissait ni de transformation, ni le plus souvent de concomitance, mais bien de fausse hystérie.

3° La gangrène est-elle bien d'origine hystérique?

Lorsqu'un examen rigoureux d'une gangrène a permis de dire qu'elle n'est pas d'origine organique et que, d'autre part, le malade présente des stigmates nets d'hystérie, en pratique on conclut généralement que ce malade est atteint de gangrène hystérique.

Mais cette conclusion n'est pas légitime. On peut admettre, en effet, la coïncidence des deux affections, sans pour cela admettre la causalité.

Or, existe-t-il un moyen pour établir cette relation de causalité?

Pour Babinski, ce qui caractérise tout phénomène hystérique, c'est de pouvoir être effacé par persuasion et d'être reproduit par suggestion.

Mais cette condition ne semble pas nécessaire : pour M. Pitres en particulier, les seuls caractères exigibles sont les suivants :

1° Le phénomène doit être *brusquement* provoqué, modifié ou supprimé par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques.

2° De ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints.

A ces deux caractères s'ajoutent souvent deux autres moins nécessaires :

1° Coexistence en nombre variable des accidents hystériques.

2° Récidives fréquentes.

CHAPITRE II

Examen critique des observations de gangrènes hystériques spontanées

Nous ferons tout d'abord la critique des observations contenues dans la thèse de Tonnelier et dans celle de Legall, puis nous examinerons la valeur des observations que nous avons pu recueillir nous-même dans les revues et périodiques. A une critique globale et forcément un peu vague, nous avons préféré une critique s'appliquant à un groupe de trois ou quatre observations. Nous exprimons un regret : celui de n'avoir pu, vu leur nombre considérable, donner ces observations *in extenso,* car cela eût permis de juger plus facilement si notre critique gardait une impartialité rigoureuse.

Examen des observations rapportées par Tonnelier

Ces observations sont au nombre de 23, mais 3 d'entre elles s'appliquent à des cas de gangrènes hystériques de type zona, maladie de Raynaud et escarre sacrée. Tonnelier lui-même n'accordant pas une valeur concluante à ces trois dernières observations, il nous restait donc en définitive à discuter les 20 observations de gangrène hystérique disséminée citées par cet auteur. Utilisant la méthode indiquée dans notre premier chapitre, nous avons cherché quelle a été dans ces observations la part des erreurs de diagnostic, la part de la simulation. Voici quels ont été les résultats :

Le **diagnostic d'hystérie** a été porté dans quelques observations

avec trop de facilité. On y parle bien de personnes nerveuses, de caractères impressionnables, mais ce sont là des symptômes un peu trop vagues pour entraîner un diagnostic certain d'hystérie. Tonnelier l'avoue lui-même dans l'observation de Kopp. Malheureusement, il a montré moins d'exigence au sujet de l'observation de Neumann, où il se demande si on ne peut pas prendre chez la malade la sensibilité exagérée de la région du cou pour une zone hystérogène, ce qui établirait nettement l'origine hystérique de la gangrène. Tonnelier est même allé plus loin : il a cité parmi ses observations le cas de Leloir, où il n'est pas fait une seule fois allusion à la névrose, et le cas de Renaut, où l'auteur avait noté que la malade n'était pas hystérique. Voici ces différentes observations, que nous désignons simplement d'après le nom de l'auteur :

Kopp, 1886 (Obs. VI de la Thèse de Tonnelier)

Femme de vingt-cinq ans, présentant de nombreuses plaques de gangrène sur les seins, puis sur les mains et les avant-bras. La malade s'était fait six ans avant une brûlure très grave à la main gauche.

Malade impressionnable et sujette aux névralgies.

Neumann, 1882 (Obs. IV de la Thèse de Tonnelier)

Malade de dix-huit ans, scrofuleuse, a présenté une tuberculose plantaire. Les premières plaques gangréneuses se montrèrent au creux de la main, au nombre de sept. Sensibilité exagérée de la région du cou.

Leloir, 1881 (Obs. II de la Thèse de Tonnelier)

Jeune fille de dix-huit ans, a présenté de nombreuses plaques de gangrène cutanée et récidivante sur toutes les parties du corps. Etat général satisfaisant. Rien du côté du système nerveux.

Renaut, 1890 (Obs. VII de la Thèse de Tonnelier)

Jeune homme de vingt-deux ans, gangrène cutanée et récidivante apparaissant après divers stades, dont le dermographisme représentait

le premier. A propos de ce malade, on pourrait établir une théorie de la diathèse vaso-motrice. Pas de stigmates d'hystérie.

Passons à la seconde cause d'erreur et demandons-nous si Tonnelier n'a pas décrit comme gangrènes hystériques des **affections d'origine organique.**

Ce genre d'erreur a été commis, d'après nous, pour deux observations. Dans la première, celle de Doutrelepont, il s'agit d'un cas de gangrène disséminée d'origine infectieuse.

Dans la seconde observation, celle de Quinquaud, le diagnostic de névrite ascendante fait par Quinquaud lui-même nous semble au moins aussi vraisemblable que celui de gangrène d'origine hystéro-traumatique porté par Tonnelier.

Doutrelepont, 1886 (Obs. V de la Thèse de Tonnelier)

En lavant le plancher, une garde-malade de vingt et un ans s'enfonça sous l'ongle du pouce gauche une aiguille, dont l'extraction ne put se faire aussitôt. Au bout de quelques jours, cette aiguille paraît avoir été expulsée par morceaux à la suite d'un abcès situé à l'endroit du traumatisme. Dès le lendemain de cette blessure, il s'est montré au dos de la première phalange du pouce en question deux plaques de gangrène douloureuse. Dans la suite, nombreuses furent les plaques. Amaigrissement. Température allant jusqu'à 39° et pouls à 112 pendant les poussées.

Quinquaud, 1893 (Obs. XI de la Thèse de Tonnelier)

A la suite de l'éclatement d'un tuyau de cuivre de machine à vapeur, un malade présenta des brûlures de la main droite. Dans la suite, des plaques de gangrène apparurent dans le voisinage des brûlures.

Nous devons maintenant examiner quel a pu être le rôle de la **simulation** dans les observations de Tonnelier.

Tout d'abord, cette simulation a été découverte dans le cas de Strümpell (Obs. X de la Thèse de Tonnelier). « Il s'agissait,

disait le médecin qui envoyait à Strümpell une malade de vingt-six ans, d'un cas très remarquable et extraordinairement rebelle de gangrène spontanée hystérique ». On hospitalisa la malade et on découvrit dans son lit un morceau de potasse caustique dont elle se servait pour produire ses escarres.

Dans deux autres des observations citées par Tonnelier, cette simulation a été considérée comme probable par la plupart des auteurs. Il s'agit des observations de Sangster et de Veillon.

Sangster, 1889 (Obs. III de la Thèse de Tonnelier)

Malade de treize ans, chez qui on employa des subterfuges pour savoir si oui ou non l'apparition des plaques gangréneuses était réelle ou artificielle. On enveloppa les jambes de la malade au moyen de bandes bien assujetties ; malgré cela, les plaques se produisirent au-dessous de ces bandes, mais si près de leur bord que l'on ne put affirmer positivement que les doigts ou quelque autre instrument n'avaient pu être introduits dessous.

Veillon, 1893 (Obs. IX de la Thèse de Tonnelier)

Malade présentant des plaques gangréneuses symétriques des mains et des avant-bras. Présentée à la Société de dermatologie, elle fut accusée de simulation.

Dans toutes les autres observations de Tonnelier, la simulation n'a été recherchée que très superficiellement ou pas du tout. Nous allons passer en revue très succinctement les observations qui sont entachées de cette cause d'erreur si importante, en éliminant les observations de Leloir et Neumann que nous avons déjà citées plus haut :

Blandin, 1843 (Obs. I de la Thèse de Tonnelier)

Jeune fille atteinte de lésions gangréneuses ressemblant à des brûlures. Symptômes de perturbation nerveuse (surdité transitoire, etc.).

Singer, 1893, (Obs. XII de la Thèse de Tonnelier)

Malade qui tomba pendant une attaque d'hystérie sur une pelote d'épingles. On fit une opération pour chercher une aiguille brisée. Sur l'incision apparut une escarre qui grandit très vite. La malade donne avec hésitation des renseignements sur l'étiologie de son affection.

Riehl, 1893 (Obs. XIII de la Thèse de Tonnelier)

Après un traumatisme opératoire (greffe de Thiersch), la malade présenta de nombreuses plaques gangréneuses.

Bruchon, 1894 (Obs. XIV de la Thèse de Tonnelier)

Malade de dix-huit ans, présentant de la gangrène cutanée et des crises gastriques. Céphalée et absences qui seraient des équivalents psychiques des attaques.

Féré, 1894 (Obs. XV de la Thèse de Tonnelier)

Pseudo-ulcère de l'estomac à dix-neuf ans. Gangrène cutanée de la jambe à vingt-trois. Crises convulsives.

Bayet (Obs. VIII et XVI de la Thèse de Tonnelier)

Dans la première observation (1891), il s'agit d'un zona hystérique. Dans la deuxième observation (1894), d'une gangrène du bras chez une malade qui s'était brûlée avec de l'acide sulfurique. Ces malades ne purent être surveillées pendant tout le temps de leur affection.

Ehrl, 1894 (Obs. XVII de la Thèse de Tonnelier)

Deux sœurs, toutes deux hystériques, présentant l'une après l'autre des plaques de gangrène superficielle.

Gaucher et Barbe, 1895 (Obs. XVIII de la Thèse de Tonnelier)

Femme de cinquante-six ans, présentant une éruption pemphigoïde et grangréneuse. Cette malade ne fut soignée qu'à la consultation.

Stubenraüch, 1895 (Obs. XIX de la Thèse de Tonnelier)

Jeune fille de vingt ans, hystérique. Elle s'enfonça dans la face dorsale du poignet gauche une aiguille à faire du crochet, qui s'était cassée. Sur la plaie se produisit une escarre; dans la suite, une autre plaque gangréneuse se produisit au sein gauche. Une incision permit d'y découvrir un fragment d'aiguille.

Veuillet et Gilles de la Tourette, 1895 (Obs. XX de la Thèse de Tonnelier)

Malade syphilitique qui fut guéri de plaques gangréneuses par une potion à l'eau salée qu'il croyait être du protoiodure. Le malade ne put être surveillé.

Dans plusieurs de ces observations, la simulation n'a même pas été entrevue. Aussi Tonnelier comprenant l'importance de ce facteur pour la valeur de ses observations s'est-il ingénié à chercher des arguments pour l'éliminer. Il nous en donne deux.

« Tout d'abord, dit-il, il nous semble bien difficile d'admettre que dans toutes ces observations nous n'ayons eu affaire qu'à des simulateurs, car comment, en effet, dans cette hypothèse, expliquer la similitude, la marche toujours identique à elle-même qui existe dans tous les cas. Il faudrait alors admettre que toujours les malades se soient servis de matières de même nature pour produire leurs lésions. Quoique le hasard soit grand, il nous semble que cela est bien invraisemblable. »

On peut répondre à Tonnelier que cette similitude clinique n'est pas complète, puisqu'il a été amené lui-même à décrire jusqu'à huit formes cliniques; que d'ailleurs il existe entre les observations de gangrène provoquée une analogie semblable, due surtout à ce que les malades se servent presqu'uniquement de caustiques.

D'ailleurs nous avons déjà montré que les caractères cliniques entre les gangrènes provoquées et les gangrènes dites spontanées peuvent être absolument identiques.

Le second argument de Tonnelier a-t-il une plus grande valeur?

« Il n'est pas non plus inutile, dit-il, de citer à l'appui de notre thèse, pour démontrer la réalité pathologique de ces lésions : la coquetterie féminine. N'est-il pas invraisemblable que dans le seul but de se rendre intéressante pendant un moment, une jeune femme pense à créer sur sa personne, ses bras, sa figure, sa poitrine, des cicatrices qui resteront indélébiles? Cet argument de Tonnelier fut repris par Raymond au Congrès de Genève, en 1907.

Pour y répondre, il nous suffira de citer quelques faits.

Lewontin cite le cas d'une jeune fille hystérique qui vient à la Clinique dermatologique de Heidelberg parce que, depuis deux ans, des plaques gangréneuses apparaissent aux membres et aux seins. On suppose alors qu'il s'agit d'une gangrène spontanée d'origine nerveuse. La malade, qui avait quitté l'hôpital, y revient deux mois après avec une terrible aggravation de son mal : le côté gauche du cou, la plus grande partie de la joue gauche et le front sont rouges, suintants, tuméfiés comme dans une dermite aiguë et parsemés de quelques escarres. La pauvre fille est défigurée. Mais on finit par découvrir la supercherie; on trouve un flacon contenant une solution de lysol dont la jeune fille avoue s'être servie pour fabriquer ses phlyctènes et ses escarres.

Danlos, dans le même ordre d'idées, a rapporté qu'une de ses malades a été jusqu'à provoquer une éruption buccale avec de la cantharide. Mais le cas qui servira le mieux à notre démonstration est celui de Dieulafoy « Il s'agit d'une homme d'une trentaine d'années, intelligent, cultivé, qui sans raison appréciable commence à se faire des escarres à la potasse, et pendant deux ans et demi rien ne l'arrête; il trompe jusqu'à seize médecins et chirurgiens; on lui parle de troubles trophiques, il laisse dire; on parle de lésions dues à des névrites, il laisse dire; on lui propose une première opération avec élongation des nerfs, il laisse faire; on lui conseille l'amputation du bras gauche, il le laisse amputer; son bras gauche une fois enlevé, il s'attaque

à son bras droit, puis à son pied gauche, avec la même ténacité et avec la même suite dans son système de simulation. »

Devant des cas semblables on comprendra le peu de valeur de l'argument de Tonnelier et Raymond.

Aussi, au lieu et place de ces raisons de convenance, nous eussions préféré que Tonnelier nous dise : « Tous les malades dont nous avons rapporté les observations ont été surveillés rigoureusement, on leur a appliqué un pansement occlusif. On a essayé par tous les moyens de leur arracher un aveu. Et cela n'a point fait découvrir la moindre supercherie. »

Cet argument eût été peut-être moins teinté de psychologie que celui de la coquetterie féminine, mais il eût été plus scientifique.

Examen des observations de la Thèse de Legall

Les observations nouvelles rapportées dans cette thèse sont toutes extraites du *Journal of cutaneous diseases*. Seule, celle de Balzer est en partie inédite.

Colcott Fox *(Journal of cutaneous diseases)*, 1884

I. — Femme âgée de quarante-cinq ans, atteinte de lésions gangréneuses de la peau du cou et du bras. Ces plaques, en dépit de traitements prolongés et divers, continuèrent à se former pendant plusieurs mois ; l'année suivante : attaque de paralysie qui dura deux mois.

II. — Jeune fille de dix-sept ans, hystérique manifeste, présentant de nombreuses plaques gangréneuses. Comme dans le premier cas, pas de traumatisme initial. Quoiqu'on n'ait point réussi à dépister la simulation, on la supposa, car le désir d'attirer l'attention était, chez notre malade, surprenant ; elle était en outre farouche, sournoise et accomplissait les actes les plus extraordinaires.

Discussion. — Pour la seconde malade, nous admettons avec C. Fox que c'était probablement une simulatrice.

Pour la première, on ne parle pas de simulation dans l'obser-

vation et on n'a porté le diagnostic de gangrène hystérique que l'année suivante.

Corbett (*Journal of cutaneous diseases*), 1900.

Trois cas de gangrènes chez des femmes âgées de quinze à vingt ans. Toutes trois jouissaient d'une bonne santé apparente, étaient robustes, mais d'un tempérament très nerveux. Une surveillance très rigoureuse n'a pu faire découvrir la moindre supercherie.

Discussion. — Les trois observations ne parlent que de tempérament nerveux, elles n'affirment point l'origine hystérique des lésions.

G. W. Wende (*Journal of cutaneous diseases*), décembre 1900.

Jeune fille de dix-sept ans, un peu nerveuse, mais sans antécédents hystériques personnels ou héréditaires. En mai 1899, elle se cautérise avec de l'acide phénique une verrue à la face dorsale de la main droite. Le lendemain, le dos de la main est rouge, gonflé et elle y sent des douleurs brûlantes très intenses. Tout guérit en quelques jours. Peu après survinrent sur tout le membre supérieur droit et dans d'autres régions des éruptions vésiculeuses qui donnèrent naissance à une gangrène très superficielle.

Discussion. — Legall conclut que ce cas de gangrène hystérique ne lui paraît pas discutable, alors qu'il n'est pas fait allusion une seule fois, dans le cours de l'observation, à une simulation possible et qu'enfin Wende déclare que sa malade ne présentait aucun signe d'hystérie.

Legall cite ensuite une seconde observation de Wende, mais il s'agit non pas d'une gangrène, mais d'un pemphigus dit hystérique.

Balzer (Première partie : *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 13 janvier 1898 ; deuxième partie : Thèse Legall.

Hystérique, âgée de vingt-trois ans, atteinte de nombreuses plaques de gangrène, puis d'œdème de tout le bras gauche.

La malade aurait présenté des hématémèses et des hémoptysies.

Discussion. — Nous n'insisterons pas sur cette observation ; nous préférons donner un extrait du compte rendu de la séance du 6 décembre 1907 à la Société médicale des hôpitaux.

« A l'appui de l'existence des troubles trophiques dans l'hystérie, M. Le Clerc a cru pouvoir, dit M. Babinski, invoquer des faits relatés par Balzer. Or, Balzer m'autorise à dire que les deux faits observés par lui ne sont nullement probants : en effet, l'examen prolongé d'un des deux malades considérés comme atteints de troubles trophiques lui a fait voir la supercherie ; quant à l'autre malade, Balzer déclare être dans le doute et qu'il n'est pas en droit de faire dépendre de l'hystérie la lésion cutanée. »

Examen des autres thèses

La thèse de Pannetier : « Eruptions cutanées de l'hystérie » est contemporaine de celle de Tonnelier. Elle est beaucoup plus compréhensive et englobe le pemphigus, l'œdème, etc. Pour ce qui concerne les gangrènes, elle ne contient pas d'observation nouvelle.

La thèse de Cousy : « Manifestations cutanées de l'hystérie » (Toulouse 1908) insiste surtout sur les hémorragies de la peau que l'auteur essaie d'assimiler aux stigmates des mystiques. Il ne fait qu'effeurer les gangrènes sans apporter de fait nouveau.

Pour être complet, nous serons donc obligé de consulter les diverses revues pour la période 1902-1910.

Nous discuterons, en outre, quelques observations plus anciennes qui n'avaient pas été signalées dans les thèses précédentes.

Examen des observations extraites des périodiques

Nous rencontrons ici un plus grand souci d'un diagnostic rigoureux. C'est ainsi que Vignolo-Lutati (1), après avoir décrit

(1) Vignolo-Lutati, *Giornale ital. de mal. ven. et della pella*, 1909.

un cas de gangrène cutanée, ajoute que « l'épithète d'hystérique qu'il lui donne n'a pas un sens spécifique, mais doit indiquer simplement sa coïncidence avec des phénomènes nerveux variés et multiples. »

De son côté, Towle rapporta bien au Congrès de New-York (1907) quatre cas de gangrène cutanée multiple de la peau, mais il fit remarquer « qu'une surveillance rigoureuse empêchant toute récidive et toute extension des lésions, on pourrait très bien penser à une simulation ». Il était donc loin de se prononcer, comme l'a prétendu Gaucher, pour l'origine spontanée de ces lésions.

Des conclusions aussi prudentes, un semblable souci de la simulation ne se trouvent malheureusement pas chez tous les auteurs dont nous avons à rapporter les observations. C'est ainsi que sur 10 observations, nous sommes obligé d'en éliminer 8 comme non concluantes par **défaut de surveillance.** Voici un résumé de ces observations.

Nobl (Société império-royale des médecins de Vienne), 1906

Il s'agissait d'un cas d'herpès gangréneux hystérique. Mais M. Spiegler prétendit que la malade était une simulatrice ; il appuyait principalement cette opinion sur le siège des lésions qui n'occupaient que des régions du corps que la malade pouvait atteindre avec les mains.

Ribalkin (*Arch. f. Derm. und Syph.*, n° 149, analysée par Geyer)

Femme de dix-sept ans, hystérique, présentant, trois semaines après une brûlure de l'avant-bras avec de l'acide sulfurique, une gangrène cutanée : l'auteur repousse la simulation en se basant sur les caractères cliniques. Aucune surveillance n'est mentionnée.

Keany (*Boston medical and surgical Journal*), 14 février 1907.

Jeune homme de seize ans qui présenta un érythème gangréneux sur le dos de la main, puis dans diverses régions du côté droit du corps. L'auteur élimine l'érythème induré de Bazin, l'érythème noueux, la syphilis, mais ne dit pas un mot de la simulation.

Perrin (*Marseille médical*), 1er juin 1898

Il s'agit d'une jeune fille qui présenta de la gangrène superficielle à l'avant-bras gauche. L'auteur rejeta la simulation alors que la malade n'était pas hospitalisée et allait seulement une fois par jour à un dispensaire.

Ugo Gabbi (*Giornale ital. della mal. ven. e della pella*), 1907

Femme de vingt et un ans, qui présenta, à l'avant-bras gauche, une plaque de gangrène superficielle. Après l'excision, une escarre récidiva sur la cicatrice. On traita cette récidive par l'élongation du nerf radial. La plaie avant d'arriver à la guérison présenta un enduit blanc grisâtre semblant avoir été fait par le crayon de nitrate. La malade ne fut soignée à l'hôpital que vers la fin de son affection.

Mearus (*The Lancet*), 17 novembre 1904

Lésions gangréneuses offrant une très grande analogie avec des brûlures produites par un acide corrosif. Elles cessèrent de se produire à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Johnston (The New York dermatolog. Society), novembre 1906

Jeune femme de vingt-deux ans, qui présenta pendant deux ans, sur le dos de la main et de l'avant-bras, une éruption de bulles qui se transformaient en croûtes sèches et noirâtres. Nombreux signes d'hystérie.

Discussion. — Le docteur Shervell, à ce sujet, rapporta un cas que de nombreux médecins considèrent comme une affection idiopathique, mais que Wenfield démontra être un cas de simulation. « Quant au cas actuel, ajouta-t-il, il faut pour pouvoir le classer avoir recours au pansement occlusif. »

Le docteur Bulkley avait vu plusieurs cas de gangrène provoquée, mais il attendait encore, un cas ne rentrant pas sous cette étiquette. Pour lui, la malade de Johnston se brûlait avec de la

potasse caustique, soit pour ne pas travailler, soit pour se rendre intéressante.

Le Clerc (Bull. Soc. méd. hôpit. de Paris), 22 novembre 1907

« Au sujet des gangrènes hystériques, Le Clerc rappela deux observations de Balzer et en rapporta deux nouvelles ayant pour but de démontrer l'existence de cette affection. »

Quinze jours après, Babinski fit la réponse suivante à la Société médicale : « Rien ne prouve qu'il faille établir relation de cause à effet, dans les deux observations de Le Clerc, entre l'hystérie et les ulcérations cutanées de ses deux sujets ; l'auteur l'admet sans aucune discussion, sans examiner aucune des autres hypothèses que l'on peut émettre à ce sujet. D'autre part, Balzer m'autorise à dire que les deux faits signalés par lui ne sont nullement probants. »

D'ailleurs Le Clerc a-t-il surveillé ses deux malades ? C'est là un point qui manque encore à ses observations.

Les deux autres observations qui nous restent à examiner peuvent prêter à discussion au point de vue **erreur de diagnostic.**

Dans ces deux cas, la symptomatologie est compliquée d'une affection concomitante et il est difficile de faire la part de l'hystérie et de la maladie organique.

Étienne (Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris), 10 janvier 1908

Malade qui présenta, à la suite d'une névralgie intercostale, une plaque de sphacèle qui s'étendit progressivement.

Aucune supercherie ne put être décelée. La malade mourut d'hémorragies dues à une ulcération phagédénique utéro-vaginale ne rappelant aucun type connu.

Valobra, de Turin (*Presse médicale*), 17 juillet 1909.

Une jeune fille âgée de dix-huit ans, atteinte de crises hystériques, présente à plusieurs reprises des plaies spontanées en apparence et se produisant même sous pansement occlusif. Elle meurt brusquement quelque temps après, avec ballonnement du ventre, facies hippocrati-

que, vomissements de sang noir, mœlena, hypothermie ; l'autopsie n'a pu être faite.

De cette observation, l'auteur conclut que les accidents cutanés étaient spontanés, de nature hystérique et dus à des auto-suggestions.

« Il faut reconnaître, dit Hartenberg, que la nature auto-suggestive de ces lésions ne paraît rien moins que démontrée, leur origine par simulation ne l'est d'ailleurs pas davantage. Et en considérant la mort subite et mystérieuse de cette malade, comment ne pas se demander s'il ne s'agit pas ici d'une affection méconnue ou inconnue. »

En résumé, pas une des 40 observations de gangrènes hystériques considérées par leurs auteurs comme démonstratives ne répond aux desiderata formulés dans notre premier chapitre.

On se demande même comment certaines d'entre elles ont pu être décrites sous ce nom.

« Il est de toute évidence, a dit Pitres quelque part, que si l'on établit l'histoire de l'hystérie sur de pareilles observations, on y fera entrer toute la pathologie mentale et bien d'autres choses encore ». L'histoire de la gangrène hystérique en particulier montre combien l'avenir devait justifier cette opinion.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

Dans cette seconde partie, nous devons nous demander si on peut obtenir *par suggestion* de la gangrène cutanée ou du moins de la congestion et de la vésication. Ces deux derniers phénomènes pouvant représenter, comme on le sait, les premiers stades de la gangrène, on doit admettre, en effet, que si on peut arriver par suggestion au stade *érythémateux* ou *vésiculeux,* on pourrait, avec un sujet plus suggestionnable ou par des expériences plus suivies, obtenir de la *gangrène.*

Cela posé, nous nous heurtons à deux manières différentes *d'interpréter* les phénomènes hypnotiques.

Pour certains hypnologues, il faut éviter de faire abstraction comme non avenus des faits rapportés par autrui, et c'est un tort de prétendre ne s'en rapporter qu'à sa propre expérience.

Pour d'autres, il ne faut croire en hypnologie que ce que l'on a pu vérifier par soi-même, douter de tout ce que les autres ont observé.

A notre avis, ces deux opinions sont exagérées. Si c'est une erreur de croire systématiquement tous les faits rapportés, c'en est une autre que de les nier de parti pris.

En hypnologie, comme dans toute science expérimentale, on doit croire aux faits signalés par autrui, mais en exigeant qu'ils se présentent avec toutes les garanties de rigueur de la part de l'expérimentateur, de sincérité de la part du sujet qui a servi aux recherches.

Pour nous conformer à cette manière de voir, nous exposerons d'abord les faits qui ont été signalés, après quoi nous discuterons leur valeur.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des faits

D'après certains auteurs, on doit remonter jusqu'à 1840, pour connaître complètement l'histoire des troubles trophiques produits par la suggestion. En effet, Ferrari a trouvé dans un journal de magnétisme de cette époque la relation d'un cas de vésication par suggestion : « Le docteur *Prégalmini* (d'Intra en Piémont), ayant endormi une malade lui suggéra qu'il lui appliquait un vésicatoire; au lieu d'appliquer ce vésicatoire, il appliqua tout bonnement le papier sur lequel il avait écrit l'ordonnance. Une fois réveillée, Prégalmini dit à la malade qu'il ne lui avait appliqué que l'ordonnance; elle répondit que ce papier n'opérerait point; malgré cela la vésication eut lieu et la plaie suppura pendant dix ou douze jours. Cette expérience fut répétée avec le concours du docteur de Bouis, qui fournit lui-même le papier; le résultat fut le même. »

Les cas de Dumontpallier et de Focachon sont plus récents et plus connus.

Dumontpallier fit envelopper la partie supérieure de la jambe droite d'une malade et lui suggéra qu'on avait appliqué sous la bande un papier vésicant; cette malade, dès lors, éprouva une sensation de brûlure à l'endroit indiqué; le lendemain une élévation de température de 4° sans vésication. Cette expérience fut répétée sur d'autres hystériques hypnotisables; chez toutes on obtint des congestions locales et des élévations de température.

M. Focachon, pharmacien à Charmes, alla encore plus loin. Comme une de ses malades, nommée Elisa, se plaignait d'une douleur au-dessus de l'aine gauche, il lui suggéra qu'il se formerait une cloche au point douloureux. Le lendemain l'ampoule y était.

Un autre jour, comme elle se plaignait d'une névralgie de la région claviculaire droite, M. Focachon, par simple affirmation verbale faite pendant le sommeil somnambulique, produisit chez la malade des brûlures en tout semblables à celles qu'eût données l'application de pointes de feu. Ces brûlures nettement accusées laissèrent des escarres réelles.

M. Focachon communiqua ses résultats à Liébault et, le 2 décembre 1884, MM. Focachon, Liébault et Bernheim répétèrent ces expériences: « malheureusement l'essai fut fait assez tard dans la journée: à cinq heures du soir on vérifia les résultats obtenus et l'on constata une rougeur circonscrite de la région indiquée comme devant être le siège de la vésication. »

« Le sujet, dit Beaunis, se plaignait d'une sensation de brûlure et de démangeaisons qui la portait à se frotter le dos contre les meubles, si on ne l'en avait empêchée.

» Le lendemain, Elisa présentait un érythème vésiculaire entre les épaules; la pression était douloureuse en cet endroit et la partie de la chemise en contact avec la région était maculée d'un liquide purulent; on aurait pu croire à une petite brûlure. »

Cette expérience ne paraissant pas suffisante, on la recommença en fixant, en un endroit choisi derrière l'épaule gauche, du papier gommé recouvert d'un pansement léger. Voici ce qu'on constata : « Dans l'étendue de 4 ou 5 centimètres, l'épiderme était épaissi et mortifié; de couleur blanc jaunâtre: il n'était pas soulevé et ne formait pas de cloches; il était épaissi, un peu plissé, et présentait en un mot l'aspect et les caractères de la période qui précède immédiatement la vésication proprement dite (1). Cette région de la peau était entourée

(1) A la lecture de cette description, ne peut-on pas penser à une simple macération produite par l'application d'un pansement imperméable ?

d'une zone de rougeur intense avec gonflement ayant environ 1/2 centimètre de largeur. »

Après avoir obtenu la vésication par suggestion chez Elisa, Focachon voulut faire une contre-expérience; un morceau de vésicatoire fut partagé en trois parties : le premier fragment fut appliqué sur l'avant-bras gauche de la malade, le second sur son avant-bras droit, le troisième sur la poitrine d'un malade qui avait besoin d'un vésicatoire.

M. Focachon suggéra au sujet que le vésicatoire de gauche ne produirait aucun effet; il surveilla le malade jusqu'à huit heures du soir, il enleva alors le pansement : le bras gauche était intact, le droit présentait une ampoule en tout semblable à celle produite par le troisième morceau de vésicatoire appliqué sur le sujet témoin.

Beaunis n'est pas allé aussi loin dans ses expériences. Il n'arriva d'abord qu'à la congestion, puis à une légère vésication.

De même, *Jendrassik* n'arriva qu'à la production de bulles. Mais chez la malade de Jendrassik, qui était une grande hystérique, *Krafft-Ebing* parvint à obtenir des bulles de pemphigus avec base nécrosée.

Rybalkin produisit par suggestion des brûlures du second degré.

De même, à la Salpêtrière, *Charcot* et ses élèves ont produit chez les hystériques hypnotisables des brûlures par suggestion après quelques heures d'incubation.

Doswald et *Krebich*, d'une part, *Heller* et *Schultz*, d'autre part, sous le contrôle d'un pansement cacheté, ont réussi à obtenir des érythèmes et même de la nécrose.

Wende en prenant comme sujet une jeune fille de dix-huit ans ayant présenté des escarres, arriva à faire apparaître des plaques gangréneuses dans les mêmes conditions que les auteurs précédents.

Terrien a rapporté au Congrès de Genève (août 1907) le cas d'une malade qui après avoir présenté de multiples manifestations hystériques fut atteinte d'une éruption vésiculeuse irrégu-

lière qui persista pendant trois mois. On pouvait provoquer ces phénomènes. Il suffisait de toucher la peau en un point bien circonscrit, de déterminer par cette pression un peu de rougeur et de le faire remarquer à la malade en lui disant que c'était là le point de départ d'une nouvelle phlyctène. La phlyctène, le lendemain, se manifestait à l'endroit indiqué.

Szollosy-Gregedin rapporte le cas suivant : Une jeune femme de vingt ans présente, à la suite d'une entaille au dos de la main, des vésicules et des escarres. On traita la malade par l'hypnotisme. Dans une de ces séances, l'auteur suggère à la malade qu'il la brûle avec un fer rouge sur le dos de la main droite (il touche la peau de la région avec une pièce de monnaie). La malade présentait en cet endroit, dès le lendemain déjà, un foyer de nécrose cutanée. La malade, qui ne se souvient de rien, croit s'être brûlée la main.

Nous citerons, pour terminer l'exposé des faits, les expériences de *Bourru et Burot,* quoiqu'elles se rapportent un peu moins à notre sujet. Ces auteurs ont signalé la possibilité de provoquer des épistaxis par suggestion hypnotique : après avoir mis un jeune homme en état somnambulique, ils lui firent la suggestion suivante : « Ce soir, à quatre heures, tu te rendras dans mon cabinet, tu te croiseras les bras et tu saigneras du nez. »

Ce programme fut suivi fidèlement et exécuté devant plusieurs témoins. Une autre fois, on traça son nom, avec l'extrémité mousse d'un stylet, sur les deux avant-bras et on lui suggéra de saigner sur les lignes ainsi tracées. A l'heure dite, le sang apparut et coula sur les points indiqués.

Mabille a observé des faits semblables que Burot relata au Congrès de Grenoble en 1885.

CHAPITRE II

Discussion

Pour composer son traité de « l'hypnotisme scientifique », Crocq fit une enquête auprès de nombreux auteurs. Parmi les questions posées se trouvait la suivante : « Peut-on produire la congestion, la vésication, l'hémorragie par suggestion ? »

Tous les auteurs y répondirent affirmativement, à l'exception de Marot, Brémaud et Pitres, qui firent les réponses suivantes :

Marot (de Paris) : « La congestion, oui ; le reste, je ne sais. »

Brémaud (de Brest) : « Mes expériences sur ce point sont restées infructueuses. »

Pitres : (?)

Crocq, qui est pourtant un partisan de l'existence des gangrènes hystériques, se rangea nettement parmi les auteurs restés sceptiques à l'égard des troubles trophiques produits par suggestion. « Pour ma part, écrit-il, j'ai essayé souvent d'obtenir la vésication ; je n'ai jamais pu obtenir qu'un peu de rougeur à l'endroit où je suggérais la modification. Cependant, dira-t-on, il existe des expériences bien réelles de vésication par suggestion ? Mais ont-elles été faites dans les conditions de rigueur indispensables ? Si l'on se contente d'appliquer une rondelle de sparadrap sur la peau, en suggérant au sujet que c'est un vésicatoire et que l'on enferme ce sujet pendant plusieurs heures à l'abri de tous les moyens de communication, que fera le sujet ? Il se mettra inconsciemment à frotter l'endroit indiqué contre tous les meubles environnants et, au bout de quelques heures, il y aura vésication. J'ai vu des cas semblables, c'est ce qui me

rend sceptique à l'égard des expériences des auteurs cités. Il faudrait, pour bien faire, que l'on maintienne le bras en vue pendant toute la durée de l'expérience; il suffit d'un moment d'inattention pour que le sujet se frotte la partie indiquée. J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Rommelaere un cas d'hystérie avec troubles trophiques vésiculaires; il suffisait de dire à cette malade, sans l'endormir: Demain, vous aurez une ampoule ici; pour que l'on constate le lendemain une grosse vésicule à l'endroit indiqué; mais rien ne prouvait que pendant la nuit la malade n'avait pas, inconsciemment, irrité d'une façon quelconque la peau à cet endroit. »

Nous rappelons de même le cas de Seegal : la malade se présentant avec une plaque de gangrène au niveau du pavillon de l'oreille gauche, Seegal lui suggéra qu'elle aurait le lendemain une plaque de gangrène à l'oreille droite. A l'endroit indiqué, la malade présentait le lendemain une escarre. Il fut d'ailleurs démontré que la malade était une simulatrice.

De même Joffroy, ayant signalé devant une de ses hystériques, la possibilité d'ecchymoses spontanées, cette malade présenta à partir de ce jour de nombreuses ecchymoses siégeant sur toute la partie gauche du corps. Cette localisation éveilla l'attention et la malade finit par avouer qu'elle les provoquait.

La simulation peut être consciente, comme dans le cas de Luys, où Brouardel démontra que le sujet, servant à des recherches sur l'action des médicaments à distance, avait agi au hasard.

Elle est plus souvent inconsciente, comme le pense Crocq, et due à la désagrégation mentale qui se produit si facilement chez l'hystérique. C'est ainsi que s'expliquent les cas de Seegal, de Joffroy cités plus haut.

Consciente ou inconsciente, cette simulation doit être évitée par les moyens les plus rigoureux.

Un pansement occlusif ne suffit pas. Il faut surveiller soi-même le malade, ne pas le quitter d'une minute pendant toute la durée de l'expérience. Bien plus, on doit lier les mains du sujet et le placer bien en face de l'observateur.

Or, jusqu'à ce jour, les expériences faites dans ces conditions ont toutes donné des résultats négatifs.

Nous citerons tout d'abord les expériences de *M. Hallion* (1) : « J'ai étudié, dit cet auteur, chez des hystériques, spécialement à l'aide du pléthysmographe digital, les phénomènes vaso-moteurs soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose, et j'ai tenté de modifier ces phénomènes par suggestion. Ces recherches ont été exécutées dans le service de Charcot : elles ont porté sur un grand nombre d'hystériques avérées et invétérées, particulièrement accessibles aux suggestions de toute sorte. Je n'ai constaté aucun phénomène qui fût particulier aux hystériques.

» J'ai uniquement observé soit des réactions banales, purement automatiques et involontaires, causées par l'émotion, par l'attention, soit encore ces variations de cause mécanique dans lesquelles la volonté peut prendre une part et qu'entraînent par exemple certaines attitudes, certains mouvements, notamment les mouvements respiratoires dont l'influence sur la circulation est si grande. A la vérité, je n'aurais pas été surpris, surtout à l'époque où j'ai entrepris ces recherches (en 1892), d'obtenir par suggestion des troubles circulatoires définis, de même ordre que les congestions et œdèmes spéciaux décrits comme manifestations hystériques ; mes tentatives ont été infructueuses.

» De ces tentatives je ne veux pas tirer de conclusions absolues, que ne comportent pas de résultats négatifs. »

Babinski a relaté, en 1903, à la Société médicale des hôpitaux, une expérience de ce genre. « J'avais, dit cet auteur, dans mon service de la Pitié, une grande hystérique très suggestionnable, présentant les phénomènes du « grand hypnotisme ». L'ayant plongée dans le sommeil hypnotique, je me suis efforcé de lui suggérer qu'elle avait été brûlée au bras et qu'il se développerait infailliblement, sur la région où la brûlure s'était produite, de la rougeur et des ampoules. Je me trouvais dans les conditions les meilleures pour faire accepter ma suggestion, car je connais cette femme depuis fort longtemps, je suis en

(1) Société de neurologie, séance du 9 avril 1908.

mesure de développer chez elle toutes les manifestations hystériques classiques et je crois pouvoir dire que j'ai sur elle une très grande influence. J'ai eu soin d'emprisonner le membre dans un appareil silicaté et cela dans un double but : d'abord pour renforcer dans l'esprit de la malade l'idée qu'elle avait été victime d'un accident et, ensuite, pour me mettre à l'abri de toute tentative de fraude consciente ou inconsciente; de plus, car on ne saurait trop prendre de précautions en cette matière, j'ai fait surveiller le sujet de très près.

» Eh bien, quarante-huit heures après, ayant défait l'appareil, je n'ai constaté sur la région en expérience ni le moindre soulèvement épidermique, ni même la moindre rougeur. J'invite les médecins qui sont d'un avis contraire au mien à venir apporter de nouveaux faits; si, en se plaçant dans des conditions aussi rigoureuses que celles qui viennent d'être indiquées, ils obtiennent chez certains sujets des phlyctènes, des hémorragies ou un œdème bleu, il ne me coûtera rien de changer d'avis à cet égard et je serai obligé de reconnaître que ces troubles, présentant les attributs des manifestations hystériques primitives, appartiennent à l'hystérie; mais je doute fort que cela arrive. »

Tout récemment (le 22 janvier 1910), *S. Kopczynski* et *T. Jarosynski* exposaient à la Société médicale de Varsovie les résultats de quelques expériences faites sur une malade atteinte d'hystérie grave (crises convulsives il y a huit ans, hémiplégie qui dura un mois et fut guérie par l'hypnose, suggestibilité extrême). « Ils s'étaient proposés plus particulièrement de vérifier s'il serait possible de produire par la suggestion, chez le sujet, des troubles circulatoires, trophiques, sécrétoires, thermiques, etc. Les troubles en question auraient précisément été reproduits chez ce malade, il y a quelques années, par des médecins. La première réponse fut positive : le lendemain de la suggestion se développa sur la face dorsale de la main une vésicule. La même expérience fut reprise, mais sous des conditions de contrôle rigoureux (pansement cacheté de toute la main); les phénomènes cutanés ne se représentèrent plus. Au cours d'une des expé-

riences de ce genre, la simulation fut nettement constatée ; cette fois il y avait bien une vésicule cutanée, mais l'emplâtre était fondu dans la partie du pansement qui la recouvrait, preuve qu'un objet très chaud avait été appuyé en ce point. »

Ce dernier exemple montre bien l'importance de la simulation dans les expériences de ce genre.

Or, dans toutes les expériences positives, ce facteur n'a pas été rigoureusement éliminé ; on doit donc conclure qu'il n'existe pas actuellement dans la littérature de faits prouvant avec certitude qu'on peut provoquer des gangrènes ou même de la congestion par la suggestion.

Depuis longtemps nous avions l'intention de reproduire ces expériences de suggestion. Malheureusement, les circonstances ne nous ont point favorisé.

Il y a quelques mois nous vîmes une malade de vingt-trois ans. Grande hystérique, elle avait présenté de l'aphonie hystérique et des hémoptysies qui furent également rapportées à la névrose. Pour ces affections, elle avait passé près d'une année dans un service de neurologie où on l'avait particulièrement « cultivée ». La malade pouvait être endormie avec une très grande facilité et obéissait parfaitement aux suggestions.

C'était donc un excellent sujet. Aussi à propos d'une crise d'aphonie, nous parlâmes de recourir, pour obtenir la guérison, au sommeil provoqué. Nous comptions bien dans ce sommeil faire la suggestion « de cloches sur la main et de brûlures ». La famille accepta, mais sous la condition qu'un médecin fût présent à la séance d'hypnose. Cette séance fut remise à deux ou trois jours.

Mais, à sept heures du soir, on nous prévint que la malade venait de guérir brusquement de son aphonie et que notre intervention devenait inutile.

D'autres malades ont refusé nettement de se laisser endormir. Nous n'avons pas insisté, sachant trop combien une hypnotisation intempestive peut donner un coup de fouet à la névrose, surtout lorsqu'elle est faite par un médecin peu au courant de l'hypnologie. Dans nos recherches, nous avons pu constater que

l'hypnotisme médical avait d'ailleurs un très mauvais renom, alors que celui des magnétiseurs était considéré comme une chose extrêmement anodine !

Ne trouvant pas personnellement de sujets se prêtant à nos recherches, nous avons fait appel à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Abadie et de M. Galtier, assistant à la Clinique psychiatrique. Mais il leur fut également impossible de trouver un malade remplissant les conditions requises pour ce genre d'expériences.

En effet, tout d'abord les grandes hystériques se font rares dans les hôpitaux. Cela vient sans doute de ce que les médecins praticiens, plus familiarisés avec les accidents hystériques tels que contractures, paralysies, etc., soignent ces malades à domicile et « font le miracle en chambre », sans avoir recours à des cliniques spéciales.

En outre, toute grande hystérique n'est pas nécessairement un bon sujet, car elle peut n'être que faiblement hypnotisable et suggestionnable. Or, pour tous les auteurs, et pour Bernheim lui-même les phénomènes que nous voulions étudier ne s'obtiennent que chez les hystériques extrêmement suggestionnables ; chez les autres, les résultats négatifs sont certains.

Il était donc absolument inutile de faire des expériences sur ces derniers sujets, puisque les résultats négatifs ne sauraient démontrer la non-existence des troubles trophiques dans l'hystérie et que, seuls, les résultats positifs ont une valeur démonstrative.

CONCLUSIONS

L'existence de la gangrène hystérique doit être discutée au point de vue clinique et au point de vue expérimental.

* * *

Cliniquement, on ne doit considérer comme démonstratives que les observations où la simulation et les erreurs de diagnostic ont été éliminées très rigoureusement.

a) La simulation, dont l'importance a été récemment mise en relief, devra être recherchée systématiquement chez tous les malades et par les moyens les plus divers (examens clinique, chimique, histologique, bactériologique, radiographique, surveillance de tous les instants, hospitalisation, isolement, pansement occlusif, silicaté, cacheté.) En dernière ressource, le médecin essaiera de faire avouer au malade la supercherie.

b) Les erreurs de diagnostic seront évitées :

1° En éliminant toutes les gangrènes organiques d'origine vasculaire, nerveuse, toxique ou infectieuse.

2° En ne basant le diagnostic d'hystérie que sur des signes certains de la névrose.

3° En établissant, autant que possible, une relation de causalité entre la gangrène et l'hystérie concomitante.

L'application de cette méthode nous a démontré que pas une seule des 70 observations recueillies ne possède des caractères rigoureusement démonstratifs de l'existence des gangrènes hystériques.

* *

Expérimentalement, l'existence des gangrènes hystériques serait prouvée si, par suggestion, on pouvait obtenir de la gangrène ou du moins de la congestion ou de la vésication. Mais les expériences positives sont exceptionnelles ; elles semblent toutes faussées par la simulation.

En conséquence, on est en droit de penser qu'actuellement il n'existe pas de preuves cliniques ou expérimentales établissant la réalité de la gangrène hystérique.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
W. DUBREUILH.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 novembre 1910.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Introduction

Arnozan — Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, 1880, p. 142.

Attal. — Troubles vaso-moteurs. Thèse de Paris 1897-1898.

Babinski. — Voir plus loin à la Bibliographie des gangrènes.

— Démembrement de l'hystérie, *Sem. méd.*, janvier 1909.

Barrié. — De la fièvre hystérique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 23 avril 1885.

Bert. — Hémorragies hystériques. Thèse de Paris 1900-1901.

Bident. — L'hystérie simulatrice des maladies organiques. Thèse de Toulouse 1897-1898.

Bouyer. — Des hémoptysies. Thèse de Montpellier 1906-1907.

Caramano. — De la fièvre hystérique. *Presse médicale*, 20 septembre 1905.

Congrès d'urologie de Paris, 1889. Rapporteurs : MM. Legueu et Malherbe.

Coquet (De). — Fièvre hystérique pseudo-paludique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 septembre 1894.

Debove. — De la fièvre hystérique. Soc. des hôp., 3 février 1885.

Fromaget. — Hystérie oculaire et ophtalmie sympathique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 septembre 1910, n° 37, p. 593.

Lacaze. — L'hystérie qui s'associe et qui simule. Thèse de Toulouse 1907-08.

Larré. — Fièvre hystérique. Thèse de Paris 1901-1902.

Marchal et Guinon. — Fièvre hystérique. Soc. méd. des hôp., 1901-1902.

Périé. — Mydriase hystérique. Thèse de Bordeaux 1908.

Salva. — Hémorragies oculaires. *Archives d'oculist.*, mai 1899.

Sauvineau. — La mydriase hystérique n'existe pas. *Clinique ophtalmolog.*, 25 février 1908.

Filitz. — Oreille hystérique. Thèse de Paris 1899.

Verni. — Des hématuries d'origine hystérique. Thèse de Montpellier 1897-1898.

Violet. — Pseudo-otorragies hystériques. Soc. de laryngo-oto-rhinologie, 10 décembre 1890.

II. — Bibliographie des gangrènes hystériques

Nota. — Pour les gangrènes provoquées, se reporter au tableau, page 18.

Austregesilo. — Hystérie et syndrome hystéroïde. Communication à la Société de psychiatrie et de neurologie de Rio de Janeiro, août 1908. *Revue neurol.*, novembre 1910.

Azna. — Quatre cas de gangrène hystérique; Anal. *in Revue de neurol.*, 30 juin 1910.

Babinski. — Définition de l'hystérie. Soc. de neurol. de Paris, 7 novembre 1901.

— Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. Conférence faite à la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris, 28 juin 1906.

— Sur les prétendus troubles trophiques de la peau dans l'hystérie. Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 6 décembre 1907, p. 1379.

— Quelques remarques sur le mémoire de M. Alfred Gordon intitulé : « Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie ». *Revue de neurol.*, 1908, p. 1089.

— Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. *Semaine médicale*, 6 janvier 1909, p. 3-8.

Barken et Sladen. — Diagnostic des gangrènes. Formes de gangrènes récemment décrites. *Revue de neurol.*, novembre 1909.

Beaunis. — Production de rougeur et de congestion cutanée par suggestion hypnotique. *In* Le somnambulisme provoqué., p. 70-73.

— Vésication par suggestion hypnotique. Soc. de psychol. et physiol., 29 juin 1885.

Bono (Mendici). — Des troubles trophiques de l'hystérie. *Tribune médicale*, 11 avril 1908, p. 213.

Bouchard. — Pathologie générale. Séméiologie du système nerveux. Edition 1901, t. V, p. 1117.

Bourru et Burot. — Hémorragies de la peau provoquées par la suggestion somnambulique. Soc. de biol., séance du 11 juillet 1885.

Congrès de Genève et de Lausanne, août 1907, vol. II, p. 395.

Congrès de psychiatrie, neurologie et psychologie d'Amsterdam, 2-7 septembre 1907.

Crocq. — L'hypnotisme scientifique, 2e édition, 1900, p. 515.

Crocq. — Troubles trophiques dans l'hystérie. *Journal de neurol. de Bruxelles*, 1909, n° 1, p. 7-20.

Cruchet. — Considérations cliniques sur quelques accidents hystériques : hémianesthésie, amblyopie, rétrécissement du champ visuel. *Revue de neurol.*, p. 453.

— La discussion sur l'hystérie du 9 avril 1908. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 avril 1908, n° 16, p. 250.

Dieulafoy. — Communication à l'Académie de médecine sur la pathomimie, 9 juin 1908.

Doswald et Kreibich. — Zur frage der posthypnotischen Hautphänomene. *Monatsh. für prak. Dermat.*, 1er décembre 1906, t. II, p. 634.

Dumontpallier. — De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables. Soc. de biol., séance du 11 juillet 1885.

Dutil et Laubry. — Article « Hystérie ». Traité de médecine de Charcot-Bouchard-Brissaud, 2e édition.

Etienne. — Sur l'origine hystérique de certaines gangrènes cutanées. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 16 janvier 1908, p. 2.

Gabbi (Hugo). — Sopra un caso di gangrena cutanea in sogetto isterico. *Giornale ital. della mal. ven. e della pelle*, 1907, fasc. V, p. 543.

Geyer. — Beitrag zur Lehre von der Hauterkrankungen bei Neurosen. *Archiv. für Dermat. und Syphil.*, 1907, t. LXXXIV, p. 199.

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 3 volumes, 1891-1895.

Gordon. — Troubles vaso-moteurs et trophiques de l'hystérie. *Revue de neurol.*, 30 septembre 1908, p. 945.

Grasset. — Maladies du système nerveux, t. II, Ed. 1894, p. 377.

Hallion. — Séance de la Société de neurologie du 9 avril 1908.

Hartenberg. — Les perversités du caractère chez les hystériques. *Journ. de psychol. normale et pathol.*, sept.-octobre 1909, p. 385-391.

Heller-Schultz. — Eruptions provoquées par suggestion. *Munch. med. Wochens.*, 1909, n° 41.

Janvier. — Des gangrènes provoquées chez les hystériques. Thèse de Paris 1902.

Johnston. — Un cas de gangrène spontanée. The New York dermatol. Society, novembre 1906.

Keany. — Erythème gangréneux trophoneurotique. *Boston med. and surg. Journ.*, 14 février 1907, p. 201.

Kopczynski et Jarosynski. — Société médicale de Varsovie, séance du 22 janvier 1910.

Le Clerc. — Gangrènes cutanées multiples chez les hystériques. Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 22 novembre 1907, p. 1263.

Legall. — Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique. Thèse de Paris 1902.

Lewontin. — Ueber artif. Hautgangrän bei Hysterischen. Inaug. Dissert. Berlin, 1904.

Mearus. — Un cas de gangrène hystérique. *The Lancet*, 17 novembre 1904.

Nobl. — Herpès gangréneux hystérique. Soc. imperio-royale des médecins de Vienne, 1906.

Perrin. — Un cas de gangrène spontanée. *Marseille médical*, 1er juin 1898.

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891, t. I, p. 11-481-498.

Revue de neurologie. — Comptes rendus des séances consacrées à l'hystérie à la Société de neurologie, 1908, p. 373; 1909, 3 décembre.

Ricard. — Contribution à l'étude du pemphigus hystérique. Thèse de Paris n° 35, 18 novembre 1909.

Rybalkin. — Brûlures du deuxième degré provoquées par suggestion. *Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 361.

Sicard. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 décembre 1907.

Szöllösy-Gregedin (Hongrie). — Un cas de gangrène multiple de la peau d'origine nerveuse dans ses rapports avec l'hystérie. *Revue de neurologie*, 1907.

Terrien. — Congrès des aliénistes et neurologistes de Genève, août 1907, vol. II, p. 395.

Tonnelier. — Des gangrènes cutanées d'origine hystérique. Thèse de Paris 1896.

Towle. — Sur 4 cas de gangrène multiple de la peau; VIe Congrès de dermatologie, New-York, 9 septembre 1907; *Journal of cutaneous diseases*, novembre 1907, p. 477.

Verger. — Le bilan de l'hystérie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1910, 19 juin.

Vignolo-Lutati. — Gangrènes hystériques. *Giornale ital. de mal. ven. e della pelle*, 1909.

Valobra (de Turin). — Sur un cas de gangrène spontanée. *Presse médicale*, 22 novembre 1907.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION : *Le démembrement de l'hystérie* 11

HISTORIQUE ET PLAN 16

PREMIÈRE PARTIE : *Étude clinique ou valeur des observations de gangrène hystérique* 17

CHAPITRE I. — Des erreurs à éviter dans ces observations 17

A) De la simulation 17

B) Des erreurs de diagnostic 32

CHAPITRE II. — Discussion des observations des thèses de Tonnelier, Legall et de divers périodiques 41

DEUXIÈME PARTIE : *Étude expérimentale : Valeur des expériences de suggestion* 55

CHAPITRE I. — Exposé des faits 56

CHAPITRE II. — Discussion des faits 61

CONCLUSIONS 67

BIBLIOGRAPHIE 69

IMPRIMERIE MODERNE, 8, RUE PAUL-BERT. — BORDEAUX.